



**Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz**

**Instituto Oswaldo Cruz  
Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde**

**JOSÉ ROBERTO BITTENCOURT COSTA**

**SAÚDE DA FAMÍLIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: DA PRÁTICA ATUAL ÀS  
NOVAS PROPOSTAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NAS ESCOLAS  
MÉDICAS**

**RIO DE JANEIRO  
2014**

Ficha catalográfica elaborada pela  
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

C837 Costa, José Roberto Bittencourt

Saúde da família baseada em evidências: da prática atual às novas propostas de ensino-aprendizagem nas escolas médicas / José Roberto Bittencourt Costa. – Rio de Janeiro, 2014.

xvii, 304 f.: il. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) – Instituto Oswaldo Cruz, Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde, 2014.

Bibliografia: f. 289-298

1. Escolas médicas. 2. Saúde da família. 3. Medicina baseada em evidências. 4. Portais de acesso a revistas científicas. I. Título.

CDD 362.8207



**Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz**

**Instituto Oswaldo Cruz  
Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde**

**JOSÉ ROBERTO BITTENCOURT COSTA**

**SAÚDE DA FAMÍLIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: DA PRÁTICA ATUAL ÀS  
NOVAS PROPOSTAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NAS ESCOLAS  
MÉDICAS**

Tese apresentada ao Instituto Oswaldo Cruz como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências.

**ORIENTADOR: PROF. DR. LUIZ ANASTÁCIO ALVES**

**RIO DE JANEIRO  
2014**

**JOSÉ ROBERTO BITTENCOURT COSTA**

**SAÚDE DA FAMÍLIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: DA PRÁTICA ATUAL ÀS  
NOVAS PROPOSTAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NAS ESCOLAS  
MÉDICAS**

Tese apresentada ao Instituto Oswaldo Cruz como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências.

**ORIENTADOR: PROF. DR. LUIZ ANASTÁCIO ALVES**

Aprovada em:

**BANCA EXAMINADORA**

---

**RODRIGO SIQUEIRA BATISTA**  
Universidade Federal de Viçosa/Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

**SERGIO TAVARES DE ALMEIDA REGO**  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz

---

**TÂNIA CREMONINI DE ARAÚJO-JORGE**  
Instituto Oswaldo Cruz– Fundação Oswaldo Cruz

## DEDICATÓRIAS

À minha esposa Rosane, pelo carinho, incentivo e pela lutadora incansável que é por uma vida mais ética.

Aos meus filhos Hugo e à Clara, por toda a alegria já compartilhada.

Ao meu pai e ao meu irmão que, do local onde estão com certeza continuam apoiando e guiando esta minha jornada, dando-me força e estímulo.

À minha querida mãe e aos meus queridos sogros por todo apoio e por tudo que representam em minha vida

E, a todos os meus amigos e personagens que colaboraram na realização deste doutorado.

## AGRADECIMENTOS

À minha mulher, Rosane, pelo carinho, compreensão e inesgotável estímulo para a realização deste Doutorado.

Aos meus filhos Hugo e Clara, pela compreensão do tempo furtado de nosso lazer.

Ao meu orientador, Luiz Anastácio Alves que sempre se dispôs a retirar dúvidas e colaborar e sem o qual não teria sido possível a elaboração deste trabalho.

À Eliane Vargas, pelas suas precisas e valiosas correções.

Ao Centro Universitário Serra dos Órgãos pelo apoio e concessão da carga horária necessária à realização deste Doutorado.

À Direção do Centro Municipal de Saúde –Cemusa- em particular à Vera, minha amiga que me apoiou incondicionalmente para a finalização desta jornada.

Ao corpo docente, amigos e companheiros das turmas de Mestrado e Doutorado em Ensino em Biociências e Saúde pelas aulas e discussões dos mais variados temas relacionados à biologia, ciências e ao ensino em saúde que dão sentido à nossa vida profissional.

À minha mãe, Maria, e a toda a minha família, em especial aos meus sogros Carlos e Josephina, pelo eterno apoio, carinho e a tudo que dá sentido a minha vida profissional e pessoal.

**Além da Terra, além do Céu.**

**Carlos Drummond de Andrade**

Além da Terra, além do Céu,  
no trampolim do sem-fim das estrelas,  
no rastro dos astros,  
na magnólia das nebulosas.  
Além, muito além do sistema solar,  
até onde alcançam o pensamento e o coração,  
vamos!  
Vamos conjugar  
o verbo fundamental essencial,  
o verbo transcendente, acima das gramáticas  
e do medo e da moeda e da política,  
o verbo sempreamar,  
o verbo pluriamar,  
razão de ser e de viver.

## Resumo

O ensino que predomina na maioria das escolas médicas brasileiras ainda favorece a desconexão e o distanciamento do profissional das demandas sociais. A criação de Diretrizes e Programas governamentais a partir de várias experiências internacionais e nacionais tem assumido então um papel de relevância, ao estimular uma melhor articulação entre as instituições de formação e o Sistema Único de Saúde - SUS-. Neste contexto a Atenção Básica –AB- ou as Unidades Básicas de Saúde da Família -UBSFs- podem desempenhar um papel de grande importância com a integração do ensino-trabalho-comunidade. No entanto, estudos apontam que há diversos desafios a serem transpostos para a efetiva inserção dos discentes na AB. Nosso trabalho teve como objetivo fazer um diagnóstico e propor soluções para aprimorar o processo de ensino-aprendizagem neste cenário. Iniciamos então nosso estudo com uma análise comparativa da situação da AB brasileira com quatro países: EUA, Canada, Espanha e Cuba. Concomitantemente analisamos as percepções dos discentes e docentes na AB, incluso a sua possível influência na trajetória profissional deste aluno. Para tanto foram feitas pesquisas em diversas etapas: desde estudos qualitativos com a análise de conteúdo e a criação de categorias a partir da aplicação de entrevistas a 29 alunos de uma Escola Privada, até a posterior aplicação de questionários contendo perguntas fechadas e abertas para 237 discentes de 04 Escolas Médicas – 3 Federais e 1 Privada- e, para 32 docentes de 03 Escolas -02 Federais e 01 Privada. Verificamos nestes últimos estudos que a maioria dos alunos considera como um problema o grau de capacitação e disponibilidade do preceptor local. Resultado semelhante foi encontrado no discurso dos professores, que expressaram a necessidade de atualização e aprimoramento constante de sua atividade docente assistencial. A partir desses resultados, utilizamos em uma UBSF novas estratégias de ensino-aprendizagem para uma possível melhoria das práticas em saúde nestes cenários, tais como: uso do portal *Saúde baseada em Evidências* do Ministério da Saúde; *Biblioteca Virtual em Saúde –BVS-*; *PubMed*; biblioteca digital *Evolution* da Editora Elsevier e ainda recursos da Telemedicina e da *Telessaúde do Projeto Nacional de Telessaúde*. Aplicamos novos questionários contendo perguntas fechadas e uma aberta, que foram analisadas a partir da criação de categorias e pela Escala de Likert, comparando as respostas dadas nos dois momentos - pré e pós utilização destas ferramentas. Os resultados parciais obtidos apontam que houve melhoria na qualidade da aprendizagem pelos graduandos de medicina e pelo preceptor local. Esta condição sugere que a AB pode se legitimar como um real e interessante espaço de ensino-aprendizagem desde que haja, entre outros aspectos, a capacitação do preceptor local em conjunto aos graduandos. Esperamos com esta Tese ter contribuído para a melhoria do processo de ensino-aprendizagem na UBSF, além de possibilitar que preceptores e discentes se tornem mais afeitos ao uso de portais eletrônicos e aos princípios da saúde baseada em evidências.

**PALAVRAS-CHAVE:** Escolas Médicas; Saúde da Família; Medicina Baseada em Evidências; Portais de Acesso a Revistas Científicas



## Summary

The teaching methods that prevail in most Brazilian medical schools still lend itself to a disconnection and detachment of graduated professionals from social demands. Thus the use of international and national experience has been utilized for the establishment of guidelines and government programs to aid the relevance and link between institutions of medical training and the Unified Health System (SUS). In this context, the primary health care (AB) or family health units (UBSFs) could play an integral role in the integration of education-labor-community. However, studies indicate that there are several challenges to be overcome for the effective integration of medical students in AB. Our work aimed to make a diagnosis and propose solutions to enhance the process of teaching and learning in this scenario. For this, we began with a comparative analysis of the situation of Brazilian primary health care with four countries: USA, Canada, Spain and Cuba. At the same time, we analyzed the perceptions of students and teachers in AB, including the possible influence of the professional career choices of each interviewed student. This latter task was done through several qualitative research approaches: analyzing the content and categories from structured interviews with 29 students from a private school as well as questionnaires containing open and closed responses applied to 237 students from 04 Medical Schools (3 federal and 1 private institutions) and 32 teachers from 03 schools (2 federal and 1 private institution). We found that most students consider the degree of training and availability of the local preceptor as a problem. A similar result was found in our survey and discussion with professors, who expressed the need for constant updating and improvement of their teaching activities. Based on our results, we have used the UBSF scenario to apply new strategies for teaching and learning in order to improve health practices, such as: use of the evidence-based health portal of the Ministry of Health; Virtual Health Library-VHL; PubMed, Evolution of Elsevier digital library resources and still Telemedicine, Telehealth and the National Telehealth Project. We verified these recommendations by the application of pre and post use questionnaires containing both open and closed questions, which were analyzed from the creation of categories and the Likert Scale. Partial results show that there was an improvement in the quality of learning by undergraduate students of medicine and local preceptor suggesting that the AB can be legitimized as a teaching-learning space of interest where both the training of the local preceptor and undergraduate can occur. We hope that with this project to have contributed to the improvement of the teaching-learning process in UBSF, and enable tutors and students to become more familiar with electronic portals and principles of evidence-based healthcare.

**KEYWORDS:** Medical Schools; Family Health, Evidence-Based Medicine; Portals for Scientific Journals

## LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica

ABP – Aprendizagem Baseada em Problemas

ABS - Atenção Básica de Saúde

AIS – Ações Integradas de Saúde

AMB - Associação Médica Brasileira

ANDES - Associação Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior

ANM - Academia Nacional de Medicina

ANMR - Associação Nacional dos Médicos Residentes

APB - Aprendizagem Baseada em Problemas

APS – Atenção Primária à Saúde

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde ou Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

BIREME - Biblioteca Regional de Medicina

BMJ – British Medical Journal

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CELPE-Brasil - Certificado de Proficiência em língua portuguesa para estrangeiros

CEP – Conselho de Ensino e Pesquisa

CES – Câmara de Educação Superior

CFE - Conselho Federal de Educação

CFM - Conselho Federal de Medicina

CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico

CNE - Conselho Nacional de Educação

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CREMERJ - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

DAB – Departamento de Atenção Básica

DCNs - Diretrizes Curriculares Nacionais

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde  
DEGES – Departamento de Gestão e da Educação na Saúde  
DENEM - Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina  
DOU – Diário Oficial da União  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
EP – Educação Permanente  
FENAM - Federação Nacional dos Médicos  
FESO - Fundação Educacional Serra dos Órgãos  
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz  
FMRP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto  
FNP - Frente Nacional de Prefeitos  
FURG – Universidade Federal do Rio Grande  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDA – Programa de Integração Docente e Assistencial  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
IOC – Instituto Oswaldo Cruz  
INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais  
Lappis – Laboratório Universitário de Planejamento em Saúde  
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional  
MAEA – Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem  
MEC - Ministério da Educação e Cultura  
MBE – Medicina Baseada em Evidências  
MP – Medida Provisória  
MS - Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OPAS – Organização Pan-americana da Saúde  
PAC - Programa de Ação Comunitária  
PBL – Problem Based Learning (Aprendizado Baseado em Problemas)  
PIB – Produto Interno Bruto  
PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde  
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde  
PROMED - Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares em Medicina  
Pró-Residência - Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas

PROSAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PROVAB – Programa de valorização do profissional da Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

PubMed - US National Library of Medicine National Institutes of Health

REVALIDA - Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira

SBE – Saúde Baseada em Evidências

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica da Saúde da Família

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFF – Universidade Federal Fluminense -RJ-

UFT – Universidade Federal do Tocantins

UFV – Universidade Federal de Viçosa

UnASUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and cultural Organization - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde – Projeto UNI-

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Found - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIFESO - Centro Universitário Serra dos Órgãos

USP – Universidade de São Paulo

## ÍNDICE

DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
EPIGRAFE.....	v
RESUMO.....	vi
SUMMARY.....	vii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	viii
INDICE.....	xi
1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Novos cenários de Ensino-Aprendizagem?.....	13
1.2 Uma breve história do ensino médico no Brasil e no mundo e o contexto de novos cenários.....	13
1.3. A inserção e seus novos desafios.....	17
1.4. Faltam médicos para atuar na Atenção Básica e para o interior do país.....	19
1.5 Surge um novo e estratégico Programa Governamental: o PROVAB.....	20
1.6. Importação de médicos ou aumento do número de médicos formados no Brasil?.....	22
1.7; Resistências sob uma perspectiva sócioantropológica.....	26
2. JUSTIFICATIVA.....	28
3. QUESTÃO NORTEADORA.....	32
4. MOTIVAÇÃO.....	32
5. OBJETIVO GERAL.....	37
6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
7. METODOS.....	37
8. ASPECTOS ÉTICOS.....	38
9. RESULTADOS.....	39
10. APRESENTAÇÃO DA TESE EM DIAGRAMA.....	43
11. Formação médica na Estratégia de Saúde da Família: percepções discentes.....	44
12. A transformação curricular e a escolha da especialidade médica.....	73
13. Primary Health Care and Family's Health Strategy: A brief comparative study between Brazil, Cuba, Canada, USA and Spain.....	97
14. Postinho?! Percepções discentes na atenção básica.....	116
15. Percepções docentes sobre a preceptoria na atenção básica.....	162
16. Saúde Baseada em Evidências na <sup>xi</sup> Atenção Básica: entre portais	191

eletrônicos, telessaúde e bibliotecas digitais.....	
17. DISCUSSÃO.....	274
18. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	287
REFERÊNCIAS.....	289
ANEXO 1 – Autorização do Comitê de Ética UNIFESO.....	299
ANEXO 2 – Autorização do Comitê de Ética FIOCRUZ.....	300
ANEXO 3 – Autorização da Coordenação de Medicina do UNIFESO.....	302
ANEXO 4 – Carta de Premiação do UNIFESO de Incentivo a Produção Acadêmica.....	303
ANEXO 5 – Projeto de Iniciação Científica Pesquisa e Extensão - PICPE-UNIFESO.....	304

## **1. INTRODUÇÃO:**

### **1.1 Novos cenários de ensino-aprendizagem?**

As reformas curriculares das Escolas Médicas, incentivadas a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina –DCNs- (2001), vêm orientando o contato dos discentes com a prática, preferencialmente na Atenção Básica –AB- ou em Unidades Básicas de Saúde da Família -UBSFs-, logo no início da graduação (BRASIL, 2001).

A inserção nestes cenários vem se justificando a partir das grandes mudanças ocorridas no setor saúde entre as décadas de 1980 e 1990, modificações estas apresentadas a partir da estruturação do Sistema Único de Saúde –SUS- consolidado pela Constituição Federal do Brasil de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de 1990. Desde então o modelo biomédico hegemônico centrado na assistência principalmente curativa, hospitalar e na valorização das especialidades vem sendo redirecionado para aquele amparado mais na integralidade, na humanização e na promoção à saúde. Estes aspectos seriam fundamentais para a criação das DCNs em 2001, que tinham como um de seus princípios a articulação entre educação superior e o setor da saúde com o objetivo de formar egressos/profissionais, com ênfase na promoção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2001; Miranda, 2004; Pustai, 2006; González *et al*, 2010).

### **1.2 Uma breve história do ensino médico no Brasil e no mundo e o contexto de novos cenários**

As considerações acima podem ser compreendidas a partir da criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) em 1991, que contou com a participação de representantes de várias entidades, tais como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) além do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior (ANDES) e a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM). À época foram estabelecidos como objetivos desta Comissão, a avaliação do ensino médico brasileiro e de sua adequação às demandas médico-sociais da população, propondo medidas a curto, médio e longo prazo para que viessem responder às deficiências encontradas; e ainda a criação de mecanismos permanentes de avaliação das Escolas Médicas com a elaboração de programas

de Educação Médica Continuada (Feuerweker, 2002; Lampert 2002; Miranda, 2004)

Feuerweker (2002) refere que foram selecionadas três variáveis que deveriam ser estudadas em fases/etapas no Projeto CINAEM: Recursos Humanos, Modelo Pedagógico e Médico Formando. Já Lampert (2002, p. 140) referia que os diagnósticos das Escolas Médicas brasileiras analisadas na primeira fase do CINAEM “confirmavam a situação insatisfatória destas em relação à estrutura política e econômico-administrativa, infraestrutura, recursos humanos, modelo pedagógico e atividades de assistência e pesquisa entre outros”.

Historicamente os aspectos assinalados acima já eram apontados no cenário internacional com a insatisfação da sociedade em relação aos médicos e outros profissionais de saúde. Desta forma na Jamaica, em Kingston, ocorreu uma reunião em 1979 promovida pelo *Health Manpower Development Program* da OMS/Genebra e pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Opas/Washington, cujo objetivo foi a criação da *Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences*, mais conhecida como *Network*, que compreendia como um de seus maiores objetivos a decisão política de introduzir inovações na formação de pessoal de saúde (Almeida, 1997; Lampert, 2002, p. 136).

Destaca-se neste período a realização prévia da Assembleia Mundial de Saúde; a Conferência de Alma-Ata, de 1978, que elegeu a APS (Atenção Primária à Saúde) como estratégia que atenderia a meta “Saúde para todos no ano 2000” além de estimular novas experiências no campo da formação de profissionais de saúde para as escolas médicas tendo como referência a orientação comunitária e o uso de abordagens de aprendizagem baseadas em problemas (ABP ou PBL - *Problem Based Learning*). Compreende-se aí porque a Network incorporaria estes preceitos (Feuerweker, 2002; Lampert, 2002).

Para a Network a educação com orientação comunitária partia do envolvimento e da presença de estudantes entre a população como peça essencial de sua formação. O PBL por sua vez integraria diversas disciplinas procurando resolver uma questão de natureza prática (*problem solving mode*) de um indivíduo ou até de uma comunidade ou sociedade específica. Tais aspectos eram considerados como inovações metodológicas fundamentais para a melhoria da aprendizagem a partir da aproximação e orientação dos reais problemas de



uma comunidade contribuindo assim para seu melhor entendimento e possível resolução (Feuerweker, 2002; Lampert, 2002).

A partir daí formou-se uma rede com o objetivo de expansão gradativa das metodologias e propostas da *Network* para outras escolas, entre estas: criação de uma secretária executiva em sua sede, Universidade de Limburg, em Maastricht, na Holanda além de reuniões de acompanhamento a cada dois anos. Esta organização teve ainda como objetivos: melhorar a atuação das escolas para a Atenção Básica; desenvolver e melhorar a força de trabalho em saúde, principalmente na lógica do PBL e da orientação comunitária, aumentando a cooperação entre as escolas e os serviços de saúde (Lampert, 2002).

Nos anos 90 com a adesão dos projetos UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde - a *Network* ganharia um maior reconhecimento. Surgido em 1991 sob o tema inicial: “**Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde**” (designado então como **UNI** pelas três primeiras letras), este programa possuía como referência inicial a avaliação crítica das experiências do Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) na América Latina, promovido pela coordenação do Programa para a América Latina e Caribe, da Fundação Kellogg. Vale ressaltar que esta Fundação também já havia apoiado a criação da Rede Unida em 1985 que estabelecia como propósito a melhoria da qualificação profissional em saúde (Feuerwerker, 2002; Lampert 2002; Rede Unida, 2013).

Além destes Programas, a Organização Mundial da Saúde -OMS- lançaria posteriormente, em 1991, Genebra, um novo documento definido como *Changing Medical Education: an Agenda for Action*. Entre os itens levantados neste documento destacavam-se a humanização da atenção, o cuidado integrado, a maior participação social e a promoção de estilos de vida saudáveis. (Feuerwerker, 2002).

Entre 1993 e 1995, os primeiros projetos do Programa UNI começaram a funcionar no Brasil tendo como base a epidemiologia dos agravos da população, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe multiprofissional e o ensino/aprendizagem em serviço. Propunha-se combater a separação entre o ciclo profissional e ciclo básico que acabava por favorecer a interpretação de que a ciência produzida nas disciplinas básicas funcionava apenas como um pré-requisito, e não como parte integrante da medicina clínica (Feuerwerker, 2002; Lampert, 2002).

Portanto a partir do papel da CINAEM e de Programas de referência internacional como o IDA e UNI; do movimento da Rede UNIDA e ainda mais recentemente, da Educação Permanente (EP) em Saúde e da oferta de Curso de Ativadores em processos de mudança (curricular) houve definitivamente para as Instituições formadoras na área da saúde, reflexões sobre processos mais ativos de ensino-aprendizagem e da aproximação e orientação destas, aos problemas comunitários, visando a possíveis transformações na formação (inclusive ética) de seus profissionais (Rego, 2003; Miranda, 2004; FIOCRUZ, 2005; González *et al*, 2010; Gomes, 2011; Rede Unida, 2013).

Vale ressaltar que a EP é considerada como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da Saúde. Além disso, ao valorizar e utilizar a Aprendizagem Significativa percebe a possibilidade de transformar as práticas profissionais com a utilização de perguntas e respostas construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o processo de trabalho que realizam ou para o qual se preparam. Assim o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pela Portaria GM/MS nº 198, em fevereiro de 2004, tendo sido alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996, em agosto de 2007, que estabeleceu novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS (MS, 2005; MS 2007).

Desta forma a adequação do aparelho formador, notadamente das Escolas Médicas, voltado a uma condição mais sociocêntrica defendida por estes Programas – e que seria ratificado mais à frente pelas DCNs-, facilitariam a emergência de um cenário favorável quanto à importância do papel desempenhado pela AB no currículo destas Escolas e, por extensão, na formação de seus discentes (ABEM, 2009).

Segundo Ribeiro (2003 apud Zanolli, 2004, p.41) nos cenários de aprendizagem integrados ao SUS, como na AB e UBSFs, o aluno poderá ter mais facilidades para a aquisição de habilidades que determinará, mais tarde, um médico competente. Essa competência seria constituída por “uma combinação de atributos: conhecimentos – domínio cognitivo (saber); habilidades – domínio psicomotor (saber fazer); e atitudes – domínio afetivo (saber ser, saber conviver)”.

Campos (2005) por sua vez, defende que formar um profissional de saúde integrado ao cenário da AB possibilita oferecer mais que conhecimentos técnico-

científicos. É primeiramente, estimular valores morais e éticos, responsabilidade social e um olhar mais humano.

A Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM-, contribuindo desde 2005 para a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em todas as escolas médicas, iniciou uma ampla discussão sobre as estratégias para o ensino/aprendizagem na Atenção Básica (incluso Unidades Básicas de Saúde da Família –UBSFs-). Através da divulgação em documento preliminar em sua home page, a ABEM já afirmava que seria fundamental que o estudante de medicina participasse, desde o início de seu curso, de atividades junto à comunidade e em unidades básicas de saúde, e que tivesse a preocupação com a qualidade e a integralidade da atenção aos pacientes e às comunidades (ABEM, 2009). Posteriormente Demarzo *et al* (2011) representando a ABEM, publicariam este documento já como “Diretrizes”, na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade construídas então em parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade -SBMFC– e intitulado: *Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina-* onde é apresentado todo o arcabouço teórico-prático para uma inserção ideal do ponto de vista do ensino a ser praticado na Atenção Primária, enfatizando-se ainda que este esteja em consonância ao Sistema Único de Saúde –SUS- e de preferência presente longitudinalmente, ao longo de todo o curso.

No entanto apesar das evidências técnicas e éticas de que a atenção básica é um campo de práticas potencial e necessário, no qual os vários cursos de formação de profissionais de saúde deveriam inserir seus alunos, verifica-se que esta inserção encontra diversos desafios (Campos, 2005; Albuquerque, 2007).

### **1.3 A inserção e seus novos desafios**

Diversos estudos apontam problemas na inserção de alunos na Atenção Básica. Entre estes, Gil *et al* (2008, p.234 e 238) a partir das vivências nos cenários de prática da Universidade Estadual de Londrina -UEL- apontam estes desafios de forma muito clara. Referem que “os diferentes tempos institucionais dos serviços e do ensino para atender às necessidades de saúde da comunidade geram pouco tempo para as práticas com os estudantes”; a adesão diminuída dos estudantes, por ainda não possuírem habilidades e atitudes que contribuam para o cuidado perante a demanda existente nos serviços, produz frustrações e “sensação de que atrapalham o serviço”; existe “falta de tempo dos profissionais

de saúde para os estudantes aí inseridos” e há ainda a perda do significado das visitas domiciliares feitas por estudantes que se orientam predominantemente para o diagnóstico dos problemas de saúde da comunidade, sem uma proposta de solução para estas visitas realizadas.

Outros aspectos são apontados em relação à qualificação e capacitação do preceptor tais como: a utilização de Metodologias de Ensino, cursos de clínica ampliada e especialização em Saúde da Família e ainda à falta de gratificação salarial diferenciada para os mesmos (Ciuffo *et al*, 2008; Trajman *et al*, 2009).

Condições semelhantes também foram encontradas na pesquisa elaborada no Mestrado em Saúde da Família pelo pesquisador deste estudo, em que foi analisada a percepção dos alunos do quinto período do Curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) a respeito da mudança curricular aí implantada com a utilização de Metodologias ativas de ensino-aprendizagem, no caso a Aprendizagem Baseada em Problemas -ABP- e a inserção desde os primeiros períodos nas UBSF. Percebeu-se, na fala destes estudantes, que a “ideia” da inserção precoce nas Unidades, ainda que seja válida, é pouco efetiva no processo de ensino-aprendizagem, devido à falta de um melhor planejamento que integre o ensino-serviço-comunidade e, portanto, de um adequado desenvolvimento de práticas pedagógicas em novos cenários no Sistema Único de Saúde; e ainda, à falta de profissionais de saúde ou docentes aí capacitados para a preceptoria (Costa *et al*, 2007; 2009). Já em relação à impressão destes mesmos alunos ao uso da ABP a partir de Sessões de Tutoria, foi apresentado um resultado satisfatório, sendo que a percepção da criação de autonomia para o estudo foi um dos aspectos mais destacados (Bittencourt-Costa *et al*, 2011).

Ao relacionarmos a título de pesquisa, na Biblioteca Virtual em Saúde o ensino médico no contexto da atenção básica brasileira a partir da utilização dos termos “ensino and atenção and básica” com o uso de filtros como “educação médica”, “Brasil” e “texto completo” verificamos a existência de 10 artigos incluso uma Tese. Entretanto poucos abordam, no cenário brasileiro, perspectivas de reais soluções para os problemas apontados. São citados entre outros a valorização das dimensões psicossocial e antropológica do processo de adoecimento como formas de obtenção da compreensão ampliada do processo saúde-doença e assim criar novos olhares para a melhoria da integração trabalho-ensino-comunidade. Há ainda interessantes aspectos como apontado por

Nogueira (2009) em que é questionada a possibilidade de emergência de um novo estilo de pensamento médico que contextualize fundamentalmente as necessidades de saúde do usuário.

Em resposta às questões apontadas acima o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação e Cultura (MEC) instituíram o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde ou PET-Saúde (2010) regulamentado desde Março de 2010 e definido como “um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área”, condição que já demonstra a importância da necessária aproximação dirigida ao ensino-serviço na área da saúde (M.S./M.E., 2010).

Apesar das estratégias referidas acima e da criação de Programas como o PET-Saúde é interessante notar que estes desafios não só contextualizam problemas para o ensino aprendizagem dos graduandos em medicina nestes cenários, como também dificultam a aproximação e possível atuação destes, enquanto (futuros) profissionais, para a Atenção Básica. Esta condição pode ser ainda agravada pela desestruturação dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, com UBSFs sem qualquer infraestrutura e com a conseqüente precarização do serviço oferecido às comunidades e aos profissionais que aí atuam (ou deveriam atuar) (Fagundes, 2005; Ferreira, 2007).

De fato a carência de profissionais médicos na Atenção Básica se torna perceptível ao acompanharmos de forma um pouco mais atenciosa o grande número de notícias veiculadas nacionalmente em diversos jornais, rádios e televisão no decorrer de 2012 a 2014, matérias estas geralmente oriundas de fontes oficiais do Ministério da Saúde (PROVAB, 2013a, 20013b; Portal da Saúde 2014a; 2014b).

#### **1.4 Faltam médicos para atuar na Atenção Básica e para o interior do país.**

Este aspecto é apontado de forma recorrente em matérias publicadas nas páginas oficiais (home page) do Ministério da Saúde, como é o caso do *Portal da Saúde* (<http://portal.saude.gov.br/>). Como exemplo citamos “*Raio X da Saúde no Brasil*”. Verificou-se a partir de pesquisa realizada em 2011 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada -IPEA-, que 58% de 2.773 cidadãos entrevistados aleatoriamente apontavam a falta de médicos como o principal problema do SUS. Além desta matéria podemos referir: “*Ministério discute com prefeitos atração de*

*médicos*” onde é discutida na primeira reunião da nova diretoria da Frente Nacional de Prefeitos (FNP) em 2013, estratégias para a atuação de médicos em regiões em que há carência destes profissionais. Portanto a constatação da carência de médicos pelo MS contextualizada pela percepção de gestores e usuários do sistema de saúde tem se tornado um fato preocupante. Além do acesso às notícias supracitadas, este portal ainda possibilita a divulgação de editais e informações sobre o lançamento e andamento dos Programas oficiais. Este é o caso do PROVAB, que possui sua própria página oficial e que desempenha um importante papel no contexto deste estudo: aproximar egressos das Escolas Médicas a atuarem na Atenção Básica (MS, 2011; IPEA, 2013; MS, 2013; Portal da Saúde 2014a; 2014b).

### **1.5 Surge então um novo e estratégico Programa Governamental: o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica –PROVAB-.**

O PROVAB oferece vagas para médicos, enfermeiros e para cirurgiões-dentistas através da adesão de municípios ao Programa, e teve início em março de 2012 com a locação dos médicos em cidades previamente selecionadas por estes e com a oferta de supervisões semipresenciais e à distância pelo Telessaúde Brasil Redes. Além disso, a Universidade aberta do SUS – UNASUS- possibilita a especialização em Saúde da Família e Comunidade àqueles inscritos. Os médicos têm ainda 10% de bônus para os concursos de residência após um ano no programa. Apesar destas vantagens verificou-se inicialmente, a baixa adesão dos profissionais médicos (MS, 2011; Portal da Saúde 2012).

O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica –PROVAB- foi lançado oficialmente em 2011- e em 2013 apresentou sua segunda edição: PROVAB 2013 ou PROVAB 2. Nas palavras do então Ministro da Saúde Antônio Padilha (mandato até fevereiro de 2014), este definia como objetivo do Programa:

O PROVAB é mais uma iniciativa do Ministério da Saúde destinada a enfrentar um dos maiores desafios do SUS, ter mais médicos, bem formados e próximos da população que precisa (PROVAB, 2013a).

Acrescentava ainda o Ministro comentários sobre investimentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS):

Paralelamente à atração de médicos, vamos investir na infraestrutura, pela primeira vez abrimos uma linha de financiamento da ordem de R\$ 1,6 bilhão para reforma, ampliação e construção de UBS. Porém, a necessidade de melhorias na infraestrutura não pode ser motivo para impedir a atração de médicos (PROVAB, 2013a).

Percebeu-se no discurso do Ministro a importância do referido Programa na medida em que este procura legitimar e valorizar o papel que a Atenção Básica desempenha na prestação de serviços, principalmente para os municípios situados nas áreas mais carentes e/ou remotas do país. Para tanto o objetivo principal deste programa - a fim de melhor estruturar a Atenção Básica – seria o de atrair e fixar médicos para estas regiões consideradas prioritárias devido a pobreza local e a distância de grandes centros ou mesmo a sua inacessibilidade.

Além disso, o PROVAB 2013 selecionou cerca de 55 Instituições de Ensino para exercer atividade de Supervisão no Programa, tais como: Hospitais de Ensino, Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais ou do Distrito Federal, Escolas de Saúde Pública e Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. (PROVAB, 2013b)

O médico participante do Programa recebe bolsa federal no valor de R\$ 10 mil mensais (valores de fevereiro de 2014) e tem a obrigatoriedade de realizar curso de pós-graduação prático-teórico em saúde da família, com 12 meses de duração. Já em relação à bonificação oferecida ao médico de 10% ao final de 01 ano de sua participação, na pontuação final para concursos de Residência Médica como apontada acima, esta só é dada para aqueles que obtiverem nota acima de 7,0 no processo avaliativo -efetuado pelo médico supervisor, gestor municipal equipe local e pelo próprio participante do Programa- conforme resolução nº 3/2011 da CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica-. Apesar do esforço e da estratégia definida neste Programa os resultados apresentados para o ano de 2013, ainda que tenham sido muito melhores que aqueles apresentados em relação ao PROVAB 2012 ou PROVAB 1 quando então permaneceram efetivamente, somente cerca de 381 médicos para todo o país (em relação aos 1458 inscritos inicialmente como noticiado à época); ainda deixaram a desejar (PROVAB, 2013b).

De acordo aos números apontados pelo portal deste programa a partir da fala do então diretor de programas da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde, Felipe Proença - gestão junho de 2013-, os seguintes aspectos ainda eram apontados:

Em todo o Brasil, 55% dos municípios que solicitaram médicos não conseguiram sequer um. Dos 2.867 municípios que pediram profissionais pelo Provab, 1.581 municípios não atraíram nenhum. Com isso, apenas 29% da demanda nacional por 13 mil médicos foi atendida: 3.800 participantes foram para 1.307 municípios brasileiros (PROVAB, 2013a).

## **1.6 Importação de médicos ou aumento do número de médicos formados no Brasil?**

De fato o teor da notícia anterior –faltam médicos para trabalhar nas regiões mais remotas e quase sempre mais pobres- veiculadas em artigos no Blog da Saúde (MS, 2013; Portal da Saúde, 2014a, 2014b) e no Portal do PROVAB (2013a, 2013b) já se tornavam matérias recorrentes. Esta situação endossava a preocupação atual do Governo Brasileiro de atrair e até mesmo “importar médicos” estrangeiros para atuação no país, a fim de prover a carência destes profissionais no seu interior de forma imediata. Vale ressaltar que estes médicos poderiam ser importados inicialmente com a validação, definida como “automática”, de seus diplomas, ou seja, “sem” a submissão ao Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos - REVALIDA- realizado pela participação conjunta do Ministério da Educação e da Saúde conforme Portaria nº 278 publicada no Diário Oficial da União pelo Ministério da Educação e que conta ainda com a participação de Instituições Federais como a Universidade Federal do Rio Grande –FURG- (DOU, 2013):

O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras – REVALIDA é uma iniciativa do Ministério da Educação em parceria com o Ministério da Saúde. O exame é aplicado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), em colaboração com a subcomissão de revalidação de diplomas médicos, da qual participam representantes dos ministérios da Saúde, Educação e Relações Exteriores e da Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais do Ensino Superior (Andifes), além do Inep (FURG, 2013).

Em relação à questão da “importação” esta foi motivo de diversos embates entre o Conselho Federal de Medicina -além de diversos órgãos representativos da classe médica- e o Ministério da Saúde que em seu discurso argumentava e apontava os baixos indicadores da distribuição de médicos no interior país como justificativa para a defesa da vinda de médicos estrangeiros. Diante dos argumentos do Governo Federal o próprio presidente do CFM, Roberto Luiz D’Avila rebateu o posicionamento do Governo Federal em seu artigo intitulado, “O Governo e os “médicos” estrangeiros: não se faz boa saúde com falácias” (CFM, 2013a):

Os defensores da importação dos médicos estrangeiros adoram comparar a razão brasileira de médicos por habitante (atualmente na casa de 2/1000) com os números de outros países. Dizem que precisamos atingir os indicadores da Suécia (3,73), França (3,28), Alemanha (3,64), Espanha (3,71), Reino Unido (2,64) e Argentina (3,16). É estratégico esquecerem-se de mencionar que o Governo dessas Nações (com sistemas de saúde semelhantes ao SUS) investem mais do



que o Brasil. Na Inglaterra, a participação do Estado no gasto nacional em saúde chega a 84%. Na Suécia, França, Alemanha e Espanha, oscila de 74% a 81%. Nos vizinhos argentinos, este percentual é de 66%. No Brasil, fica em 44%. Os números falam por si e nem vou me aprofundar no que representam em termos de qualificação dos serviços disponíveis para os cidadãos. (CFM, 2013a)

Dados estatísticos fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE- a partir da análise de diversas tabelas que consideram desde a distribuição de estabelecimentos, profissionais de saúde e leitos por regiões, além de dados fornecidos pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde –CNES- e ainda do argumento do coordenador da pesquisa “Demografia Médica no Brasil”, Mário Scheffer (2013) referido na Introdução do livro intitulado sob o mesmo nome e publicado pelo próprio CFM e pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) pareciam evidenciar que haveria vários argumentos contraditórios não só no Brasil, mas em todo o mundo, a respeito da necessidade de aumentar o número de médicos no país a partir do incremento de vagas nas Escolas Médicas Brasileiras ou ainda promovendo a abertura de novas Escolas (IBGE, 2005, p. 50-90; CNES, 2013).

A consideração destes dados e a percepção de Scheffer (2013) sugeriram que deveria haver um estudo mais aprofundado sobre a demografia médica para que as decisões relacionadas sobre a melhor forma de se preencher os vazios sanitários do país fossem menos tensas, uma vez que a própria Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) não estabelecem um número ideal de médicos por habitantes. Sendo assim argumentava:

Os médicos nunca foram tão numerosos, ao mesmo tempo em que persistem acentuadas desigualdades na distribuição dos profissionais entre as regiões, estados e municípios. Conhecer melhor tais diferenças é o primeiro passo para a compreensão da carência de profissionais e para fazer avançar o debate sobre a necessidade de mais médicos no país (Scheffer, 2013, p12).

É preciso ir além da contagem dos médicos “por cabeça”, método usado em várias abordagens do estudo Demografia Médica no Brasil. Contar a população e dividi-la pelo número de médicos é útil para demonstrar desigualdades e fazer comparações, mas ao tratar como iguais unidades de um universo tão complexo quanto heterogêneo, o indicador é insuficiente para orientar políticas e tomadas de decisões. Não por acaso a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) não definem número desejável de médicos por habitante nem recomendam que seja estabelecido um único parâmetro ou meta nacional (Scheffer, 2013, p13).

Especificamente em relação ao aumento do número de vagas defendia:

Cabe ressaltar que a persistência e a intensidade das desigualdades de distribuição demonstram que o aumento do quantitativo por si só não

garantirá a disponibilidade de médicos nos locais, nas especialidades e nas circunstâncias em que hoje há carência de profissionais. Precisam, por isso, ser aprofundados estudos que considerem a movimentação dos médicos no território nacional e entre os setores público e privado, a diversidade das formas de exercício profissional, a escolha das especialidades, os vínculos e as jornadas (Scheffer, 2013, p12).

E em relação a fixação dos médicos complementava:

Levantamento sobre a movimentação espacial dos médicos – onde nasceram, onde se formaram e onde atuam hoje – sugere que a maioria deles termina por se fixar nos grandes centros. A localização dos cursos de medicina não é, portanto, o fator determinante de fixação dos médicos ali graduados (Scheffer, 2013, p12).

Além dos dados apresentados acima por Schefer (2013), o CNES (2013) revela que a razão de médicos que atuam no SUS em relação a população brasileira encontra-se em 1,1 médicos para cada 1000 habitantes, conforme o censo do IBGE de 2010 (IBGE, 2010). Nota-se que esta razão declina ainda mais conforme a análise da razão dos médicos lotados nas regiões do Norte e nordeste do Brasil chegando ao número de 0,50 médicos para 1000 habitantes, como apontado no estado do Pará e do Maranhão (CFM, 2013b; CNES, 2013; IBGE, 2010).

Com o objetivo de verificar a dimensão desta polêmica fizemos um levantamento de termos como “PROVAB”; “médico estrangeiro” ou ainda, “importação médicos estrangeiros” e “demografia médicos” no Portal do Conselho Federal de Medicina conforme a Tabela nº 1 abaixo que aponta ainda o período e o número de publicação destas matérias (CFM, 2013c; CFM, 2013d)

Tabela nº 1 - Relação entre o nº de matérias veiculadas na mídia (eletrônica e impressa) do CFM de acordo aos termos de pesquisa utilizados, período em que foi veiculada e sua referência:

Referência	Termos pesquisados	Período publicado	Nº de matérias
<b>“Conselho Federal de Medicina”: inclui Noticias do seu portal e artigos escritos por associações, representantes da classe e respectivos membros do próprio CFM.</b>	“PROVAB”	01/12 – 10/13	18
	“Médico estrangeiro”	08/13 – 10/13	51
	“Importação médico”	05/13 – 10/13	50
	“Demografia médicos”	11/11 – 10/13	49

Fonte: CFM, 2013c; CFM, 2013d.

Diante do exposto observamos que a frequência com que este tema repercutiu na pagina principal do CFM foi bastante significativa, na medida em que, por exemplo, havia o número de 51 e 50 citações respectivamente para

“Médico estrangeiro” e “importação médico”. Isto demonstra que havia potencialmente cerca de 01 matéria a cada 02/03 dias (51/50 citações em 90/150 dias respectivamente, se assim a distribuíssemos de forma equitativa) ou seja, era tema cotidiano e de grande repercussão para a classe médica a importação de médicos estrangeiros assim como a distribuição de médicos no território nacional, notadamente para atuarem na Atenção Básica.

Sendo assim, como tentativa de amenizar as condições expostas e, nas palavras do próprio CFM, “solidarizar-se” com a população brasileira em respeito à necessidade urgente para preencher os vazios assistenciais, esta entidade propôs em documento intitulado: “*Proposta do Conselho Federal de Medicina para solução emergencial de cobertura assistencial em saúde em áreas de difícil provimento*”, três ações que poderiam ser implementadas em diferentes momentos. Estas ações e respectivas características encontram-se definidas no Quadro nº 1 abaixo (CFM, 2013e).

Quadro nº 1 - Relação das ações propostas e respectivas características do documento do CFM:

<b>Proposta do Conselho Federal de Medicina para solução emergencial de cobertura assistencial em saúde em áreas de difícil provimento</b>	
<b>Ações</b>	<b>Características</b>
Programa de Interiorização do Médico Brasileiro	Instalação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) + Programa Saúde da Família (PSF) e de laboratórios de análise clínica em áreas carentes Insumos e equipamentos de diagnóstico e terapia com apoio de equipe multiprofissional Priorização para municípios das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste.
Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos	Manutenção do Revalida para entrada de médicos com diplomas obtidos no exterior Exigência de Atestados de Bons antecedentes éticos e criminais Certificado de proficiência em língua portuguesa para estrangeiros (Celpe-Brasil) Inscrição nos CRMs do estado onde o médico atuará.
Carreira de Estado	Construção de carreira federal para médicos e demais áreas da saúde (vinculo com Ministério da Saúde, ingresso por concurso público de provas e títulos e jornada de trabalho de 40h semanais) Priorização de especialidades segundo necessidades sociais e epidemiológicas das regiões e do porte populacional dos municípios

Fonte: Adaptado do Conselho Federal de Medicina em: Proposta do Conselho Federal de Medicina para solução emergencial de cobertura assistencial em saúde em áreas de difícil provimento CFM, 2013e.

Ao final destas intensas discussões entre as entidades representativas da classe médica e o Governo Federal, este acabou por instituir o Programa Mais Médicos aprovado pelo Congresso Nacional a partir da Medida Provisória –MP-621, em julho de 2013, que propôs importantes modificações na formação de recursos humanos na área médica para o SUS tendo sido sancionada como Lei nº 12.871, em 22 de outubro de 2013. Percebeu-se a partir desta Lei, a atenção especial que foi dada pelo Ministério da Saúde ao papel desempenhado pela AB e fundamentalmente à importância da formação de médicos para atuação nas Unidades do SUS desenvolvendo conhecimentos sobre a realidade da população brasileira; conforme os objetivos citados nas disposições gerais de seu artigo 1º - Capítulo I:

- I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (DOU, 2013; Presidência da República, 2013, p.1).

Portanto de acordo aos pressupostos apontados oferecer um ótimo ensino-aprendizagem nestes cenários de prática durante a graduação é fundamental uma vez que este pode funcionar como atenuador das possíveis (e muitas) resistências à inserção destes estudantes; assim como, no futuro, promover a aproximação destes, agora como médicos, a atuarem na Atenção Básica, pois parece haver evidências de que não é nem o aumento de vagas nas Escolas Médicas e tampouco a importação de médicos que solucionariam os problemas aqui apontados.

### **1.7 Resistências sob uma perspectiva sócioantropológica**

As resistências citadas dos estudantes de medicina podem ser ainda analisadas sob uma perspectiva sócioantropológica. Rios (2010, p. 1727) discutiu e avaliou o ensino de disciplinas de Bases Humanísticas (Humanidades) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) tendo verificado

preconceito e desinteresse dos alunos por assuntos que não “consideravam medicina” além da falta de reconhecimento institucional da área de humanidades no ensino médico e de professores mal preparados para esta área.

Já em “Algumas considerações acerca da medicina estética”, Ferreira (2010, p.70) analisa como o discurso científico acabou por moldar o pensamento hegemônico de algumas áreas e setores da medicina. Para o autor, questões oriundas de outras áreas da vida social acabaram por instituir “parâmetros estéticos que influenciaram a construção da identidade, a relação com o próprio corpo, a subjetividade e os cuidados com a saúde”. Refere que este discurso científico influenciou “o senso comum, naturalizou a construção da identidade e a forma de lidar com o corpo”. A partir de seu estudo pode verificar o quanto que a “medicina e a sociologia se confundiram”, uma vez que seus territórios se articulam e dialogam tanto pela sociologia como pela antropologia, sendo que a sociologia atuaria na macroestrutura, nas relações sociais e a medicina na microestrutura, no indivíduo. Desta forma Ferreira (2010) percebeu que interação entre normas sociais e a modelagem do corpo se tornaram recíprocas citando como exemplos, o “fitness”, as cirurgias estéticas, a prática de esportes radicais e a modelagem do corpo. A saúde nesta concepção passaria a ser: cuidar da forma, do peso, da aparência a partir da pele, de suas rugas e dos cabelos brancos. A alimentação, a dieta e as calorias, e o ideal da beleza e da juventude não fugiriam desta concepção. Assim cita a ascensão das indústrias da beleza e de tudo o mais que gira ao redor disto como produto direto da “estetização da saúde” como também das cirurgias estéticas. Por fim referiu que os problemas advindos da incorporação destes valores e referenciais absolutos do corpo amparados muitas vezes pelo desenvolvimento acelerado da biotecnociência, produzem sequelas como o narcisismo, hedonismo, individualismo e consumo de drogas emagrecedoras que surgem atualmente como um quadro preocupante para a Saúde Pública.

Assim apesar do título deste último estudo remeter a um tema aparentemente distanciado da questão da inserção e do ensino na Atenção Básica, ele exemplifica o quanto que atuar na contraposição hegemônica de conceitos de beleza, corpo e, sobretudo de saúde definidos sob uma perspectiva sócioantropológica e cultural do discurso científico vigente, pode se constituir em uma tarefa complexa. Suscitar valores como humanização, seja a partir de disciplinas que contemplem bases humanísticas, ou ainda partir do exercício da

sensibilidade na formação médica, da percepção do adoecer como expressão de componentes biopsicosocioambientais e fundamentalmente, incorporar conceitos de integralidade às novas estratégias de ensino aprendizagem em Unidades de Saúde muitas vezes precárias e em regiões de extrema pobreza está de certa forma distante das normas sociais que ditam modelo(s) de saúde, beleza (muitas vezes artificializada e desnaturalizada) e da concepção reducionista do corpo. Aos olhos do graduando em medicina estes conceitos podem lhe parecer muito mais próximos da condição de estudar algo que ainda é tão desnecessário à sua (suposta) identidade como futuro médico, como àquele referido ao cursar disciplinas que enfoquem a humanização (Cotta *et al*, 2007; Ferreira, 2010; Rios, 2010).

Percebemos então que as resistências à discussão e compreensão de conceitos como integralidade, adoecimento, finitude, envelhecimento e morte, ou ainda a exclusão social, marginalidade e violência que permeiam muitas vezes os cenários da Atenção Primária, podem ser provavelmente justificadas pela naturalização e enculturação de um olhar científico que parece ainda não favorecer a identificação e a consequente aproximação destes graduandos de medicina e dos próprios médicos (inclusive preceptores) para estes cenários (Vasconcelos *et al*, 2006; Fleuri, 2006; Cotta *et al*, 2007; Nogueira, 2009; 2012).

## **2. JUSTIFICATIVA**

Em relação à justificativa para a realização deste estudo podemos citar as transformações pelas quais as Instituições de ensino de graduação em Medicina no Brasil vêm passando nos últimos anos, inclusive em relação a possível atuação profissional de seus egressos principalmente na Atenção Básica. Estas transformações foram apoiadas notadamente pelos Ministérios de Educação e da Saúde e fundamentadas, principalmente, pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, e pelos Programas Promed, PRÓ-SAÚDE e ainda pelo PROVAB e pelo Programa Mais Médicos (BRASIL, 2001; Feuerwerker, 2002; Promed, 2002; PRÓ-SAÚDE, 2005; Ferreira, 2007; Lei 12.871, PROVAB, 2013a).

Estas modificações vêm sendo compreendidas como a adequação da educação médica às necessidades de saúde da população brasileira. Os cursos médicos no Brasil, que em 2006 somavam 169 (Nassif, 2006; Oliveira, 2007), em

2008 já eram 175 Escolas Médicas e em 2014 alcançaram o patamar de 213 Escolas Médicas (MEC/INEP, 2009; ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL, 2014).

Até o final do ano de 2013 quando havia então 202 Escolas Médicas (117 Privadas e 85 Públicas, sendo 48 Federais; 30 Estaduais e 07 Municipais) formava-se potencialmente por ano no Brasil, 17789 médicos. O estado de São Paulo e Minas Gerais eram os que mais formavam médicos, respectivamente: 3361 e 2564; enquanto Amapá e Roraima com os números respectivamente de 60 e 80 eram os que menos formavam médicos. Estes dados já sinalizavam para a potencial oferta desigual de médicos para atuarem em suas respectivas regiões de origem e ainda de poucos profissionais para o interior do país- (ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL, 2014).

Além destes aspectos, este aumento acelerado do numero de Escolas Médicas brasileiras já era criticado por Nassif (2006) devido ao assustador segundo lugar do Brasil no ranking mundial destas Escolas, perdendo apenas para a Índia, o que em sua concepção gerava má qualidade de formação e baixa remuneração deste profissional. Já em relação à evolução do registro de novos médicos entre 2000 e 2012, o CFM apresentava aos seguintes dados: em 2000 foram registrados 15.912 médicos, e em 2011, este numero chegou a 17.334, ou seja, um aumento de 8,2%, Diante dos números citados, o CFM (2013e) alegava que ao contrário do que o Governo Federal afirmava de que o número atual de médicos ainda seria insuficiente para preenchimento dos vazios sanitários, parecia que estes estariam mal distribuídos. (CFM, 2013e).

Oliveira (2007) em sua Tese de doutorado avaliou o processo de formação médica no Brasil - a partir de pesquisa realizada junto a 1.004 estudantes do internato médico de 13 cursos médicos, em seis estados brasileiros e alcançando as cinco grandes regiões brasileiras. O autor verificou que só 21% desses alunos acreditavam que sua instituição estabelecia relações comunitárias, 63% deles pretendiam ser especialistas, enquanto 20% desejavam trabalhar com Medicina Geral (incluindo aí a Saúde da Família) e somente 5% queriam atuar em pequenos municípios. Diante disso, o autor defendeu, então, o incentivo a programas de iniciação científica e a promoção da interação de ensino-serviços de saúde nas cadeiras básicas, a fim de avançar no necessário processo de mudança da formação médica. Percebe-se nesta tese que as avaliações realizadas pelo autor reforçariam a existência dos problemas já apontados: a opção por especialidades em detrimento da atuação na Atenção Básica (Saúde

da Família), a resistência a atuar em pequenos municípios e o não reconhecimento de relações comunitárias na perspectiva de sua atuação enquanto discente ou já como futuro profissional. Estas assertivas reforçaram as justificativas para a realização deste estudo que incluiu uma das Instituições de Ensino avaliadas na Tese de Oliveira (2007): a Universidade Federal de Tocantins (UFT).

Além destas podemos ainda citar as experiências internacionais que apontam mudanças na área de educação médica a partir do próprio modelo de Atenção à Saúde, como demonstrado na articulação e cooperação entre Programas de Treinamento para Médicos de Família no Vietnã e o Departamento de Medicina de Família dos EUA que aperfeiçoou a Atenção Primária e melhorou a satisfação dos pacientes atendidos no país asiático, além de promover o incremento da educação e formação de médicos de família (Montegut *et al*, 2007). Com relação ao Brasil, verificamos como exemplo de sensibilização para a Medicina de Família (MF), o papel de uma sociedade acadêmica que a partir de propostas como “promover dimensões humanísticas no ensino e o uso da metodologia científica” para esta especialidade, assegurou um lugar de interesse e credibilidade para esses estudantes e integrando a MF às Escolas Médicas (Blasco *et al*, 2008; Ciuffo, 2008).

Outros aspectos que podem justificar a realização deste estudo podem ser apresentados em relação a alguns dos argumentos históricos a respeito da evolução da educação médica. Vale citar que esta deve ser compreendida como uma parte do desenvolvimento de recursos humanos em saúde. Desta forma, é possível sua análise no contexto de realidades históricas e sociais (Almeida, 1999; Lampert, 2002).

Dentre as realidades históricas citadas por Almeida (1999) podemos nos referir ao contexto do Renascimento que, segundo Luz (1988) promoveria o deslocamento epistemológico e clínico da medicina moderna de uma arte de curar doentes para uma disciplina das doenças.

Luz (1988) afirma que a medicina herdou da biologia um modelo explicativo organicista e que, desta forma, mecanicismo e organicismo seriam elementos base da racionalidade moderna e, por extensão da própria medicina contemporânea. Compreendia, portanto que a medicina, como parte integrante desta racionalidade moderna, instituiria a doença e o corpo como objetos, excluindo do campo da cientificidade a vida, a saúde e a cura.



Sendo assim, o ensino médico respeitando a excessiva biologização do conhecimento promoveu uma desconexão progressiva da totalidade bio-psico-sócio-cultural e ecológica do indivíduo em sua prática (Mendes et al, 1996).

O resgate desta condição pode justificar as transformações curriculares que muitas Escolas Médicas vêm adotando orientadas pelas DCNs, entre elas o curso de medicina do UNIFESO com a utilização das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem (MAEA) acompanhadas da inserção precoce de alunos em novos cenários de prática, como é o caso das Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSFs- (UNIFESO, 2014).

Em relação às MAEA, Toralles-Pereira (2004, p.780) chama a atenção para o papel humanizador que estas podem desempenhar junto ao ensino de profissionais de saúde.

Silveira (2006, p. 23) defende que a inserção de acadêmicos em comunidades, desde o primeiro período do Curso de Graduação de Medicina, com a adoção das MAEA constituídas em um eixo longitudinal dentro da estrutura curricular, também desempenharia um papel fundamental em sua formação. Refere que a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade – SBMFC- já realizava, em Outubro de 2005, a primeira Mostra de Medicina de Família e Comunidade na graduação, demonstrando algumas experiências do Sul e Sudeste do país em que se percebia o uso das MAEA como promotoras da saúde integral do ser humano.

Por outro lado Toralles (2004, p. 787) narrava a experiência em 1998 no planejamento no curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu com a utilização da Problematização e da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP): ambas valorizando o “aprender a aprender” e tendo a aprendizagem ocorrendo a partir de problemas (Berbel, 1998; Komatsu, 1998; Komatsu, 2000).

Mendes *et al* (1996, p. 425), ainda apontaram que a inserção do ensino na Rede de Saúde Pública, vinculada à Atenção Primária, não era apresentada como meio de aquisição de todos os saberes. Para eles, a mais importante, não a única, contribuição ao futuro profissional seria a capacidade de percepção dos limites da tecnologia material (equipamentos e medicamentos) e da importância da tecnologia não material (anamnese, exame físico e raciocínio clínico) na abordagem médica dos problemas de saúde, desmontando a visão preconceituosa do “comum” sendo igual ao “simples” e o “raro” como “complexo”.

Desta forma justificamos e fundamentamos a realização deste trabalho de acordo com os pressupostos apontados acima além da possibilidade de colaborar no aperfeiçoamento de Diretrizes que foram construídas pela Associação Brasileira de Educação Médica –ABEM- e pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família –SBMFC- intitulado: “Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina”, publicadas em 2011 que teve como objetivo o apoio às Escolas Médicas na elaboração de projetos políticos pedagógicos no contexto da Atenção Primária (Demarzo *et al*, 2011; ABEM, 2013); ainda que esta condição pareça não possuir uma estratégia adequada, como Gil *et al* (2008, p.230) destacam: “tornar mais atrativas as práticas em saúde nas unidades locais constitui-se em um dos maiores desafios na interação ensino-serviço de saúde-comunidade”.

### **3. QUESTÃO NORTEADORA**

**Pergunta:** De que forma se estabelece um processo de ensino-aprendizagem em novos cenários de prática, como nas Unidades Básicas e de Saúde da Família, para graduandos de medicina, que seja atrativo e capaz de suscitar uma melhor compreensão da complexa dimensão do processo saúde-doença a partir de seu contexto biopsicossocioambiental?

### **4. MOTIVAÇÃO**

Inegavelmente a Educação médica contemporânea vem passando por grandes transformações no mundo e no Brasil. A profusão de Programas governamentais brasileiros que procuram estimular a formação de profissionais de saúde, particularmente os médicos, que tenham um perfil voltado às novas demandas sociais é bem vasta. No entanto percebemos que muitos estudantes de medicina, hoje já profissionais atuantes no mercado de trabalho, não tiveram qualquer noção do significado da sigla dos programas que tiveram contato ou que até mesmo tenham participado em suas Escolas Médicas. Infelizmente é como se houvesse certa alienação em relação aos objetivos para os quais estes Programas foram traçados. E no caso das demandas? Para que tipo de demandas sociais que estes Programas foram propostos?

As desigualdades e inequidades sociais brasileiras ainda são enormes. Se por um lado o Brasil apesar de ser reconhecido na atualidade como uma das novas economias emergentes em conjunto a Rússia, Índia, e China e constituirão

assim o BRIC que respondem atualmente por 15% do PIB mundial, ainda apresenta grandes desafios em seus direitos de cidadania, notadamente os direitos sociais que deveriam ser assegurados pelo Estado –Welfare state- ou *estado de bem estar social*- e mais especificamente ao que nos interessa neste estudo: o direito à saúde.

Em relação ao setor saúde cabe uma questão primordial: como adequar e estimular a formação de um perfil de egresso compatível às novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina que prioriza a formação do generalista?

As Escolas Médicas atualmente têm que se deparar com situações peculiares da nossa sociedade contemporânea: ao emergir esta nova economia brasileira, o legado de desigualdades sociais e de pobreza da maior parte de sua população historicamente instituído, não deixaria de transparecer. O preço da chamada “Inclusão social” traria a rebote o aumento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, hipertensão arterial sistêmica, câncer e diabetes, por exemplo) amparadas na transição epidemiológica (queda da mortalidade por doenças infecciosas e aumento na expectativa de vida e por outro lado, o aumento das doenças crônicas não transmissíveis e das causas externas de mortalidade, como violência, acidentes e suicídios) que já vinha se instituindo em muitos países emergentes, dentre eles o Brasil.

Diante das enormes distorções de seus Índices de Desenvolvimento Humano –IDH- regionais e municipais, que demonstram um país recheado de Bolsões de Miséria, o Governo brasileiro, sobretudo, o Federal, possui um enorme compromisso social e ético, principalmente na área da saúde representado pelo seu Sistema Único de Saúde - SUS-.

Aqui entra, portanto, a discussão sobre adequação do papel formador das Escolas Médicas e a exposição destas a um dilema ético: qual compromisso que estas Instituições formadoras devem ter? Se furtar da necessidade de formação de médicos à permanente inovação tecnológica especializada que permeia a área de saúde ou suscitar a formação do generalista dotado de uma visão integralizadora do processo de adoecer?

Historicamente, nestes últimos anos, a opção e inclinação destas Escolas orientadas e estimuladas pelo Ministério da Educação e da Saúde seria de responder à imensa parcela daquela população que não dispõe de recursos para o acesso ao setor de saúde privado, embora nem sempre tenha sido assim.

Modificações no currículo e a boa integração ao SUS são tarefas extremamente difíceis. No entanto, a Atenção Básica, por representar a porta de entrada principal do Sistema de Saúde, foi a escolhida. Por extensão e representando a reorientação do modelo assistencial da Atenção Básica, o Programa de Saúde da Família -PSF- ressignificado posteriormente como Estratégia de Saúde da Família -ESF- acabou então por assumir importância capital deste acesso e do primeiro contato aos serviços de saúde para esta população, assegurando quando possível este direito de cidadania.

É neste momento que entro como parte integrante desta história!

Em meio à referida profusão de Programas e Diretrizes, expressos na maioria das vezes por difíceis siglas, mas com objetivos semelhantes, como o de apoiar, estimular e possivelmente determinar as transformações que as Escolas Médicas devem, ou mesmo deveriam seguir, é que entrou o sentido desta Tese. Sendo assim, é impossível deixar de citar estas siglas e seus nomes por completo, tais como: as DCNs ou Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2001); o PROMED ou Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (2001); o Pró-Saúde ou Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (2005); o PET Saúde ou Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (2010) e por último, e talvez o Programa mais importante no contexto deste trabalho; o PROVAB ou Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (2011) e ainda mais recentemente o Programa Mais Médicos. Graças aos referidos Programas (mais especificamente, aos primeiros) e às Diretrizes é que enquanto professor de Medicina de um Centro Universitário localizado na região serrana do Rio de Janeiro, mais especificamente em Teresópolis, denominado UNIFESO ou Centro Universitário Serra dos Órgãos, houve a prazerosa, mas não menos complexa e muitas vezes tensa, oportunidade de me deparar com a implantação da mudança curricular de seu Curso de Medicina. Experimentaria aí não só as Metodologias Ativas de Ensino Aprendizagem - restritas ao cenário do Campus de Medicina -, mas, sobretudo o que ainda viria ser o principal foco de estudo desta Tese: a inserção dos graduandos de medicina em Unidades Básicas de Saúde da Família -UBSF- desde os primeiros períodos.

Participei então na tripla função de médico/professor/preceptor durante praticamente dez anos em uma UBSF de Teresópolis. Foram anos que fundamentaram valores e referenciais que trago como princípios na minha vida

peçoal e que se consolidariam na minha atividade docente-assistencial. A convivência com alunos do Curso de Graduação em Medicina, inicialmente só com o Internato, e posteriormente, com a graduação em seus primeiros anos foi primordial para a realização do Mestrado em Saúde da Família onde analisei o olhar do estudante de medicina do quinto período sob o novo modelo curricular do UNIFESO. Pude aí verificar que este aluno na sua passagem pela UBSF, encontrava-se desestimulado, notadamente por um processo de ensino-aprendizagem ainda ineficiente. Desta forma a motivação para o doutoramento logo em seguida na FIOCRUZ acabou por se tornar um processo praticamente espontâneo, ainda que viesse à enfrentar um difícil concurso realizado em três etapas seletivas. A acolhida e a pronta identificação com o Programa de Pós Graduação em Ensino em Biociências e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz a partir do primeiro encontro com o Prof. Dr. Luiz Anastácio Alves que havia orientado o hoje Prof. Dr. Neilton Araújo de Oliveira em sua Tese sobre os desafios inerentes ao ensino médico brasileiro no contexto do SUS, foram fundamentais para a realização deste Projeto, uma vez que tratava de aspectos semelhantes aos que seriam aqui abordados.

Nossa proposta neste estudo foi então de oferecer alguma contribuição para a melhoria do ensino aprendizagem nestes novos cenários de prática, como é o caso da UBSF. Verificamos a partir de pesquisa realizada em 04 Escolas Médicas com alunos e docentes locais que a capacitação do preceptor que aí atua pode ser -evidentemente- melhorada. Mas a questão é saber: de que forma? O exercício de uma boa preceptoria é muito complexo e perpassa por vários ângulos de análise e estudo. Optamos por uma competência da área cognitiva, que, senão menos complexa que aquelas da área afetivo-emocional ou de habilidades, possui relevância e aplicabilidade imediata no cotidiano da UBSF: a utilização de portais eletrônicos com bases de dados incorporando conceitos da Saúde Baseada em Evidências –SBE-; bibliotecas virtuais com recursos multimídia e ainda os recursos do Projeto Nacional de Telessaúde do Ministério da Saúde.

Por que esta opção? Alguns aspectos foram fundamentais para esta escolha: a priorização por um recurso de ensino-aprendizagem elaborado pelo próprio Ministério da Saúde que fosse acessível, atual e fundamentalmente gratuito, com a disponibilização de diversas bases de dados internacionais e nacionais, como o que é oferecido em seu Portal SBE e dirigido a todos os

profissionais da área da saúde; além do Telessaúde que já era então acessível há alguns anos e, sobretudo, pela coerência a Programas como o PROVAB, que também defende a utilização destes mesmos recursos para ensino-aprendizagem e ainda procura aproximar médicos para atuarem na Atenção Básica e suprir os vazios geográficos da demografia médica brasileira balizada atualmente pela polêmica necessidade de importação de médicos estrangeiros para as regiões mais pobres e/ou afastadas, como já estabelecido por Lei a partir do “Programa Mais Médicos”.

Portanto a possibilidade de contribuir em um estudo que procurasse melhorar o ensino aprendizagem na UBSF seria uma tarefa desafiadora. Desafiadora porque a atual perspectiva sócio antropológica contribui para que estes discentes -e futuros profissionais- acabem quase sempre optando pelas especialidades de maior prestígio, maior apelo mercadológico, reconhecimento pessoal e social, e que tem justamente na contraposição deste pensamento hegemônico, a Saúde da Família, geralmente representada por Postos de Saúde em áreas carentes longínquas e sem qualquer infraestrutura e nos quais o trabalho é extremamente precário. Unidades de Saúde que parecem ainda guardar demandas aparentemente simples de seus usuários, mas que quando descortinadas revelam uma enorme complexidade para os profissionais que aí podem atuar ao se depararem com o processo de adoecer que geralmente está muito além do simples ato assistencial ou do fornecimento de medicações; estas quando existem.

Este é o embate em que nos situamos. E é desta forma que incorporamos e sonhamos –aqui sem qualquer sentido piegas- a aquisição de um olhar para aquém do objetivo desta Tese de propor novas estratégias de ensino aprendizagem, ou seja, a possibilidade concreta de estimular, motivar e enfim aproximar o estudante e o futuro profissional médico à Atenção Básica. E, quem sabe, incliná-lo de fato, ao exercício da Medicina de Família. Se assim eventualmente o fizermos, teremos não só alcançado os objetivos desta Tese, mas também estaremos de fato contribuindo para as efetivas demandas que a população brasileira, em sua imensa maioria, prescinde na área da saúde.

## **5. OBJETIVO GERAL**

Colaborar no desenvolvimento de estratégias de ensino-aprendizagem em novos cenários de prática nas Escolas Médicas.

## **6.OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1) Analisar a percepção dos discentes do UNIFESO inseridos na Estratégia de Saúde da Família.

2) Analisar a influência na trajetória profissional dos discentes do UNIFESO sob um novo modelo curricular com Aprendizagem Baseada em Problemas e inserção em novos cenários de prática.

3) Analisar o modelo de Atenção Primária à Saúde no Brasil e o seu componente 'estratégico' "Saúde da Família", em comparação com modelos internacionais.

4) Analisar a percepção dos discentes de quatro Escolas Médicas a respeito de sua passagem pela Atenção Básica.

5) Analisar a atuação dos docentes de três Escolas Médicas sobre a preceptoria na Atenção Básica.

6) Experimentar novas estratégias de ensino-aprendizagem em uma UBSF em Teresópolis –RJ- de acordo a análise de discentes e preceptores inseridos na Atenção Básica.

## **7. MÉTODOS**

Os métodos foram abordados em cada estudo realizado obedecendo às especificidades de cada objetivo estabelecido. De forma global foram realizadas pesquisas quali-quantitativas com discentes e preceptores da AB e análise dos principais problemas para o ensino-aprendizagem neste cenário e respectivas demandas apontadas para sua melhoria. Desta forma foi utilizada desde a análise aritmética das respostas obtidas com a aplicação de questionários semiestruturados e a obtenção de suas respectivas frequências absolutas; até a utilização da Análise de Conteúdo de Bardin (2004), mais especificamente a Análise Temática com a criação de categorias propostas por Minayo (1999) para as perguntas abertas.

## 8. ASPECTOS ÉTICOS

Esta Tese de Doutorado encontra-se em concordância com o estabelecido nos “Documentos para Análise de Projetos de Pesquisa, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa” - CONEP -.

A pesquisa foi realizada a partir da aprovação do projeto inicial pelo Comitê de Ética em Pesquisa -CEP- do Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO – (registro 457-10), e pela FIOCRUZ (registro 596-11) – anexos 1 e 2- com a assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido dos estudantes e internos além dos profissionais de saúde que representaram o papel de preceptores destes, sendo garantido o sigilo sobre suas identidades. A coordenação do Curso de Medicina do UNIFESO também autorizou a realização desta pesquisa (anexo 3). Além disso, houve o Termo para “Autorização do uso de fotografias e/ou imagens” dos respectivos entrevistados para fins de informação, pesquisa ou divulgação, para educação em medicina e saúde ou para docência, publicados em periódicos ou em outros meios de divulgação científica, podendo ser feitos a cor ou em preto e branco, conforme Apêndices A1 e A2 respectivamente (acessíveis nos artigos 4, 5 e 6). O protocolo está em consonância com o estabelecido na resolução 196/96 e suas complementares e pela Norma Operacional nº 001/2013. Em caso de estudantes menores de dezoito anos, haveria a assinatura dos pais ou responsáveis diretos; fato este que inexistiu durante a pesquisa efetuada (Resolução 196/96; Conselho Nacional em Saúde, 2013).

Ressaltamos ainda que, especificamente, a aplicação desta Tese que deu origem ao último artigo, foi submetida como Projeto de Iniciação Científica, no caso: *Projeto de Iniciação Científica Pesquisa e Extensão - PICPE - versão anual de 2013-* do UNIFESO tendo então sido aprovado com concessão de Bolsa ao pesquisador e a um discente, contando ainda com a participação, por adesão, de mais dois discentes desta Instituição. Neste caso houve ainda a aprovação por Parecer Consubstanciado do CEP da Fundação Educacional Serra dos Órgãos via Plataforma Brasil sob nº 292.821 de 07/06/2013 –anexo4-.



## 9. RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em sequência numérica conforme a seguir:

1ª: Inicialmente fizemos uma análise a respeito da percepção dos discentes do quinto período do UNIFESO com a mudança curricular promovida por esta Instituição a partir do uso da Aprendizagem Baseada em Problemas e a inserção dos graduandos de medicina em Unidades Básicas de Saúde da Família. Verificamos a partir de uma pesquisa qualitativa com uso de análise temática e a criação de categorias que os resultados demonstraram a combinação de impressões positivas – integração entre teoria e prática – e negativas –, tais como problemas na organização das atividades e necessidade de identificação de um preceptor local. Neste primeiro artigo -*Formação médica na Estratégia de Saúde da Família: percepções discentes*- propusemos um planejamento orientado pelas novas diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde, contextualizada à condição da integralidade como forma de transformar as condições apontadas.

É importante ressaltar a importância da formação e da atuação dos profissionais na área da saúde, e em particular do estudante de medicina, a partir da perspectiva da integralidade do cuidado, uma vez que as práticas de avaliação da formação e do cuidado são interdependentes, o que possibilita de fato, a construção de um currículo integral, conforme apontado no Diagrama deste estudo, em que a perspectiva da Integralidade do cuidado é sugerida concomitantemente à construção das “*Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina*”. Este estudo foi contemplado com o *Prêmio UNIFESO de incentivo a produção acadêmica de 2013* (anexo 4).

2ª: Em seguida, analisamos a partir de pesquisa qualitativa com a aplicação de análise temática e a criação de categorias, a influência na trajetória profissional dos discentes do quinto período do UNIFESO sob um novo modelo curricular com o uso da Aprendizagem Baseada em Problemas e a inserção em novos cenários de prática. Os resultados, que deram origem então ao nosso segundo artigo -*A transformação curricular e a escolha da especialidade médica*- evidenciaram que há uma boa receptividade ao novo modelo curricular, e que a opção precoce por uma especialidade, -referida pela maior parte dos entrevistados- não foi alterada sob este novo currículo, e ainda, que a formação

do médico enquanto generalista ou médico de família é pouco valorizada. Propusemos igualmente neste artigo a aplicação de políticas e estratégias educacionais mais integralizadoras, como o PROVAB e o PET-Saúde, que valorizam o papel da Atenção Básica e de seus profissionais, como forma de fomentar a formação de médicos generalistas para atuarem na Atenção Básica.

3ª: Já no terceiro artigo analisamos o modelo de Atenção Primária à Saúde no Brasil e o seu componente 'estratégico' "Saúde da Família", em comparação com modelos internacionais. Foi utilizada a experiência de quatro países a respeito de seus modelos de Atenção Primária à Saúde e da implementação da Saúde da Família - Canadá, Cuba, Espanha e EUA- comparando-a ao Brasil. Os EUA por ter um modelo de saúde privado apresentaram importantes particularidades principalmente em relação aos direitos de cidadania que não são oferecidos aos norte-americanos. Esta análise comparativa com experiências internacionais pode possibilitar discussões e reflexões que contribuam para o aperfeiçoamento do modelo brasileiro e inclusive de estratégias de ensino-aprendizagem aí utilizadas. Os resultados podem ajudar na compreensão das Políticas Públicas e privadas de Saúde destes países e dos resultados obtidos em relação aos seus indicadores sociais e sanitários. Ademais este estudo dá corpo a que modelos de ensino-aprendizagem podem ser idealmente experimentados no Brasil, de modo a tornar a vivência nestes cenários, uma experiência atraente. Neste estudo um dado importante: o sub financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro -SUS- em comparação aos países citados.

Os sistemas de saúde segundo a forma de acesso; financiamento; organização e oferta de serviços e características de sua Atenção Primária à Saúde, e os desafios e reflexões para o Brasil entre os países analisados: Canadá, Cuba, Espanha e EUA, encontram-se nos Quadros I e II do estudo em anexo: *Primary Health Care and Family's Health Strategy: A brief comparative study between Brazil, Cuba, Canada, USA and Spain* - Estratégia de Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde: um estudo comparativo entre Brasil, Cuba, Canadá, Estados Unidos e Espanha -.

4ª Já na fase investigatória deste projeto que originou o 4º artigo intitulado: *Postinho?! Percepções discentes na atenção básica*, procedemos à aplicação de questionários e sua posterior análise junto a discentes de quatro Escolas Médicas a respeito de sua formação na Atenção Básica e principalmente

da percepção do ensino-aprendizagem realizado neste cenário Percebemos que a capacitação e a disponibilidade do preceptor foi o ponto problemático central apontado pelos discentes.

5ª Em continuidade a fase investigatória procedemos agora ao estudo da percepção dos preceptores que atuam na Atenção Básica em três Escolas Médicas que deu origem ao 5º artigo intitulado: *Percepções docentes sobre a preceptoria na atenção básica*. Verificamos aí diversas tensões que vão desde a falta de identidade do preceptor com a especialidade de Saúde da Família ou com a própria Atenção Básica, planejamento inadequado das atividades aí exercidas, até o excesso de alunos aí inseridos ou a realização de consultas massificadas. Estas situações podem de fato, contribuir para a realização de uma preceptoria deficiente.

6ª A partir da identificação destes principais problemas, elaboramos então o 6º artigo desta Tese que acabou por originar o nosso estudo mais importante: *Saúde Baseada em Evidências na Atenção Básica: entre portais eletrônicos, telessaúde e bibliotecas digitais*. Como possibilidade de resposta aos problemas apontados no 4º e 5º estudos, apreciamos a utilização de portais eletrônicos e o uso de bibliotecas digitais, além dos recursos de telessaúde como nova estratégia de ensino-aprendizagem para estudantes do Internato do UNIFESO, além do respectivo preceptor de uma UBSF em Teresópolis - RJ. Foram meses, ou mais especificamente, um ano e meio até junho de 2013, de realização de diversas Oficinas em que verificamos a oferta de um processo considerado potencialmente mais atrativo de ensino-aprendizagem para a utilização em Unidades Básicas de Saúde da Família. Este Projeto foi submetido ao Projeto de Iniciação Científica Pesquisa e Extensão do UNIFESO -PICPE 2013- tendo sido aprovado com Bolsa para o pesquisador e um aluno da Instituição (anexo 5)

Optamos então pelo uso de bases editoriais a partir de portais eletrônicos com a utilização do *Saúde Baseada em Evidências – SBE-*, bibliotecas digitais, como a Biblioteca Evolution da Editora Elsevier e recursos da Telemedicina e da Telessaúde contextualizando a Medicina Baseada em Evidências.

Ao final das oficinas aplicamos novos questionários contendo perguntas fechadas e uma aberta, que foram analisadas a partir da Escala de Likert e da criação de categorias, comparando as respostas dadas nos dois momentos - pré e pós utilização destas ferramentas. Observamos que houve aumento do número

absoluto/relativo no pós teste. Os resultados obtidos apontaram melhorias na qualidade da aprendizagem pelos graduandos de medicina e pelo preceptor local.

Desta forma pudemos constatar que estas poderosas ferramentas podem ser utilizadas para o aperfeiçoamento do ensino-aprendizagem do preceptor local e naturalmente sua conseqüente capacitação; como também para a aprendizagem do graduando de medicina.

A seguir apresentamos sequencialmente os estudos realizados e que compõe toda a estrutura desta Tese:

Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes.

A transformação curricular e a escolha da especialidade médica.

Primary Health Care and Family's Health Strategy: A brief comparative study between Brazil, Cuba, Canada, USA and Spain

Postinho?! Percepções discentes na atenção básica

Percepções docentes sobre a preceptoria na atenção básica

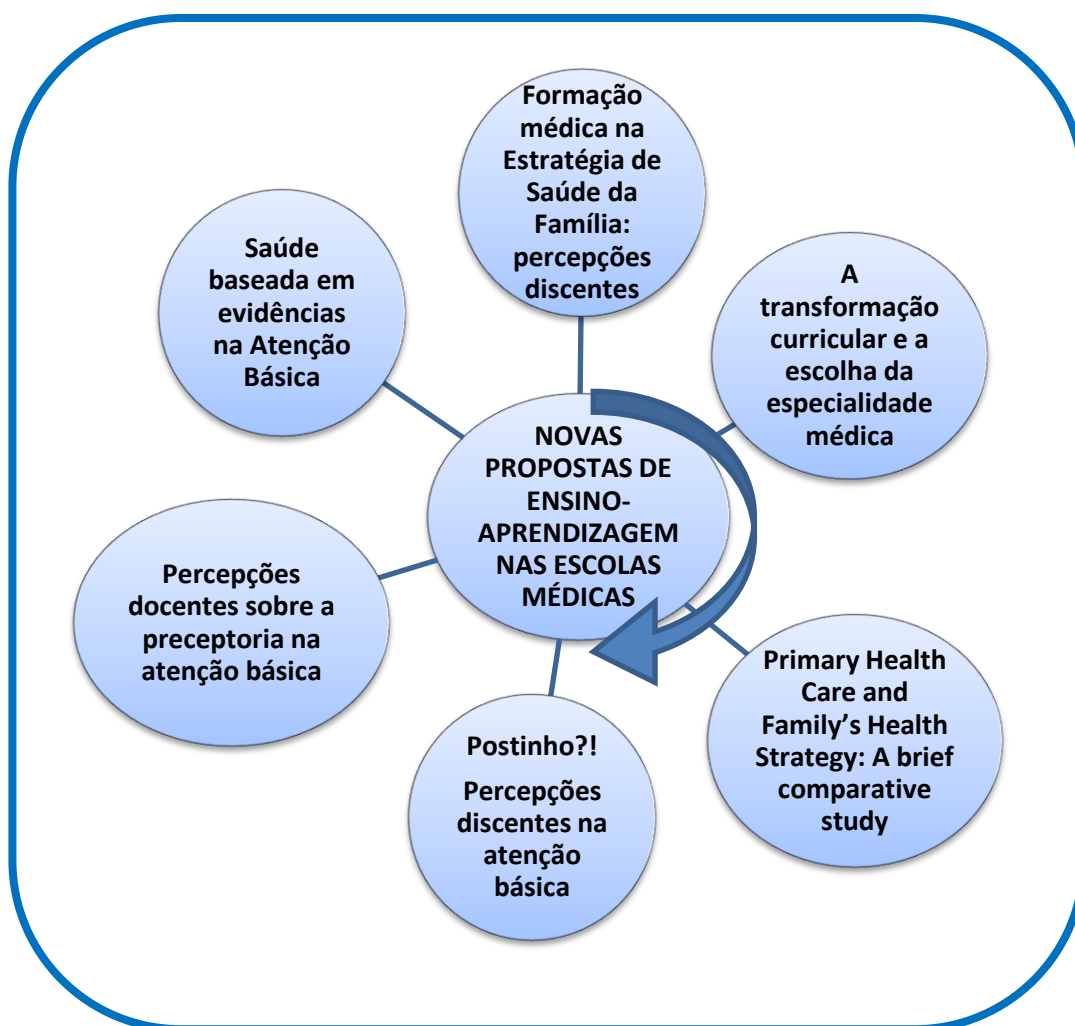
Saúde Baseada em Evidências na Atenção Básica: entre portais eletrônicos, telessaúde e bibliotecas digitais

Os referidos trabalhos fazem parte de pontos fundamentais discutidos no estudo desta Tese. A fundamentação teórica, métodos, objetivos e discussões estão apontados em cada um destes trabalhos apresentados. O primeiro: "Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes" foi publicado na Revista Brasileira de Educação Médica; o segundo, "A transformação curricular e a escolha da especialidade médica" foi submetido à publicação na Revista Brasileira de Educação Médica; o terceiro, "Primary Health Care and Family's Health Strategy: A brief comparative study between Brazil, Cuba, Canada, USA and Spain" será submetido a um periódico de publicação internacional; os três restantes deverão ser submetidos à periódicos na área de educação médica nacional ou internacional.

## 10. A APRESENTAÇÃO DA TESE EM DIAGRAMA

Com o intuito de oferecer uma rápida compreensão a respeito da organização e dos estudos conduzidos nesta pesquisa apresentamos o diagrama em radial abaixo. Este é composto de seis estudos sequenciais que apresentam desde a “Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes” até “Saúde baseada em Evidências na Atenção Básica” em disposição axial ao fundamento desta Tese: novas propostas de ensino-aprendizagem nas Escolas Médicas.

Apresentação da Tese em forma de diagrama:



# ARTIGO 1

## **Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: Percepções Discentes**

Artigo realizado a partir da análise da percepção dos discentes do quinto período do UNIFESO com a mudança curricular promovida por esta Instituição sob o uso da Aprendizagem Baseada em Problemas e a inserção dos graduandos de medicina em Unidades Básicas de Saúde da Família. Verificamos a partir de uma pesquisa qualitativa com uso de análise temática e a criação de categorias que os resultados demonstraram a combinação de impressões positivas – integração entre teoria e prática – e negativas –, tais como problemas na organização das atividades e necessidade de identificação de um preceptor local. Foi proposto um planejamento orientado pelas novas diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde, contextualizada à condição da integralidade como forma de transformar as condições apontadas. Artigo publicado na Revista Brasileira de Educação Médica vol.36 n.3, 2012.

**Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: Percepções Discentes**  
***Medical Training in the Family Health Strategy: Student's Perceptions***

José Roberto Bittencourt Costa<sup>1</sup>

Valéria Ferreira Romano<sup>2</sup>

Rosane Rodrigues Costa<sup>1</sup>

Rodrigo Roger Vitorino<sup>1</sup>

Luiz Anastacio Alves<sup>3</sup>

Andréia Patrícia Gomes<sup>4</sup>

Rodrigo Siqueira-Batista<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup>*Centro Universitário Serra dos Órgãos, Teresópolis, RJ, Brasil.*

<sup>2</sup>*Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.*

<sup>3</sup>*Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.*

<sup>4</sup>*Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, MG, Brasil.*

## RESUMO

Diante das atuais demandas sociais, tornou-se imprescindível para a educação médica a transição do modelo tradicional de formação reducionista e hospitalocêntrica para uma vertente de educação mais ampla e integralizada. A construção de novas práticas de formação em saúde – com a utilização de cenários externos –, em coparticipação com o SUS, tem assumido um papel fundamental na formação médica. Em 2005, o Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso) incorporou em seu currículo a Aprendizagem Baseada em Problemas e a inserção dos graduandos de Medicina em Unidades Básicas de Saúde da Família. Este artigo apresenta a percepção dos discentes de Medicina neste cenário. Para isto, realizou-se uma pesquisa qualitativa, utilizando-se entrevistas e análise temática das respostas, com a criação de categorias. Os resultados demonstram a combinação de impressões positivas – integração entre teoria e prática – e negativas – problemas na organização das atividades e necessidade de identificação de um preceptor local. Propõe-se um planejamento orientado pelas novas diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde, contextualizada à condição da integralidade.

## PALAVRAS-CHAVE

Saúde da Família; Aprendizagem; Estudantes de Medicina; Educação Médica

## ABSTRACT

*Given current social demands, it has become essential for medical education to break from the traditional model of biological reductionist and training based only at hospitals and redefine itself towards a holistic care (integrality). The construction of new training practices in health with the use of new outdoor scenarios, in partnership with (Unified National Health System – SUS), assumed a key role. In 2005 the Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso) incorporated into its curriculum the Problem-Based Learning and the insertion of medical undergraduates into Basic Health Units Family. This paper describes the perception of medical students in this scenario. We conducted a qualitative research working from the application of interviews and the utilization of thematic analysis of responses with the creation of categories. The results show the combination of positive impressions – integration between theory and practice – and negative – problems in the organization of activities, as well as the necessity to identify a local preceptor. A plan is proposed, guided by the new Directives, for teaching in the primary health care in the context of the condition of integrality.*

## KEY-WORDS

Family Health; Learning; Medical Students; Medical Education.



## INTRODUÇÃO

Desde meados dos anos 1980, a reforma do setor saúde – particularmente nos âmbitos do processo de trabalho, da gestão e da formação de recursos humanos – vem se desenvolvendo no Brasil e na maioria dos demais países da América Latina. A necessidade de modificações nesta esfera é reconhecida – com críticas ao aparelho formador –, concentrando-se principalmente na educação médica, embora também inclua a formação dos demais profissionais de saúde<sup>1,2</sup>.

A organização dos serviços de saúde deveria ser estabelecida no sentido de oferecer respostas aos problemas de saúde e de sofrimento das pessoas, como afirma Lampert<sup>2</sup>, ao defender que “as escolas médicas foram criadas para preparar profissionais que atuando nestes serviços possam oferecer soluções a estes problemas e às necessidades de saúde” (p. 90). Entretanto, percebe-se que, para alcançar esta condição, são necessárias mudanças na formação do perfil do médico, na graduação e na pós-graduação (residência médica). Desta forma, conclui que as transformações necessárias ao setor saúde estão “intrinsecamente ligadas à formação de recursos humanos, particularmente da categoria médica, uma vez que ela é ainda a detentora da hegemonia ideológica da prática profissional do setor” (p. 90)<sup>2</sup>.

Frente às novas demandas sociais que se descortinam perante o Sistema Único de Saúde (SUS) e reconhecendo a necessidade de redefinições em seus recursos humanos, admite-se que uma nova adequação dos modos de ensino é igualmente imprescindível para que se possa atender melhor aos interesses e carências destes serviços<sup>3</sup>. Feuerwerker<sup>4</sup> considera que a partir dos conflitos na atenção à saúde foi verificada a necessidade de modificações no ensino médico e, conseqüentemente, do projeto político-pedagógico das universidades, incluindo a concepção do mundo, as relações sociais, o conhecimento a ser construído pelos egressos e a metodologia empregada.

Como elemento para uma reflexão acerca das modificações sugeridas para uma nova dimensão de formação e atuação de recursos humanos na área da saúde, pode-se citar a imagem/conceito do “quadrilátero da formação para a área da saúde”, que Ceccim *et al.*<sup>5</sup> idealizaram ao incluírem ensino, gestão setorial, práticas de atenção e controle social – articulados de forma indissociável – numa política educacional que protagonize e permeie processos interativos e de ação

na realidade, com o objetivo de transformar, negociar e detectar caminhos e processos perante as demandas individuais, coletivas e institucionais. Esse *quadrilátero* englobaria sentidos estéticos, organizacionais, éticos e tecnológicos, com a responsabilidade de intermediar atos que possibilitem novos arranjos educativos e pedagógicos no cuidado à saúde e que sejam passíveis de reavaliação e contextualização constantes. Os autores ressaltam o papel fundamental da Educação Permanente neste contexto e do privilégio que deve ser concedido ao SUS na interlocução com as instituições em seus projetos pedagógicos de formação profissional, de forma a situá-lo muito além de um simples campo de prática ou aprendizagem profissional, sobretudo como formulador de uma real educação em serviço<sup>5</sup>.

Percebe-se, portanto, como afirma Feuerwerker<sup>4</sup>, que “a mudança necessária na educação médica – e nos profissionais de saúde – é complexa e exige aprofundamento do debate político-conceitual, não usual no campo” (p. 17). Marins<sup>6</sup> endossa esta complexidade ao ressaltar ainda outros aspectos a serem cumpridos para a transformação do perfil destes profissionais: “as modificações no processo de trabalho dependem intimamente das competências, das habilidades e da adoção de valores éticos, sociais e culturais dos profissionais” (p. 100).

Desta forma, a necessidade de reestruturação do modelo de atenção à saúde acabou por evidenciar a atual fragilidade e inadequação do ensino das escolas médicas diante das reais necessidades da população brasileira: o médico ainda se mostra despreparado para exercer seu trabalho numa perspectiva de atenção à saúde integral, que considere os aspectos biopsicossocioambientais e a prestação de cuidados equânime<sup>7</sup>. Cabe ressaltar a importância da formação e da atuação dos profissionais na área da saúde, e em particular do estudante de Medicina, a partir da perspectiva da integralidade do cuidado. Koffman *et al.*<sup>8</sup> consideram que as práticas de avaliação da formação e do cuidado são interdependentes. Qualquer projeto político-pedagógico, método ou estratégia de ensino adotado pelas escolas médicas que não incorpore o campo do cuidado em saúde e a centralidade do usuário junto ao seu processo avaliativo é compreendido como estratégia de baixo potencial para alterar a lógica hegemônica da atual organização do trabalho educacional em saúde<sup>9</sup>. Estes aspectos são seminais para a construção de linhas de cuidado que superem os modelos tradicionais de formação que não contextualizam as unidades produtoras

de cuidado e seus ricos contextos socioculturais e que possibilitem o envolvimento do currículo em questões da realidade, tornando-o efetivamente integral<sup>8</sup>.

Ceccim *et al.*<sup>10</sup> defendem, ainda, que a prática clínica pode ser pensada – e exercida – como espaço de resistência e criação na educação dos profissionais da saúde, para a “afirmação da vida”. Os autores compreendem que o ideário científico contextualizado no modelo biomédico reducionista – e, em certo sentido, mecanicista<sup>11</sup> – e na especialização corporativista – em oposição às humanidades – retirou a afetividade do campo da saúde e instituiu a normatividade: estar saudável aproximou-se de padrões estatísticos (na interseção dos debates entre acaso e necessidade)<sup>12</sup> e da prática que privilegia a medicalização em contraposição à alteridade ou ainda ao “encontro com o outro” e sua subjetividade. A “afirmação” da vida seria, na acepção desse autor, a “autopoesis da existência” – termo que designaria, de acordo com Maturana e Varela<sup>13</sup>, a capacidade dos seres vivos de produzirem a si mesmos – em contraposição à tecnicidade da vida<sup>13, 14</sup>. Já a “resistência” significaria a heteronomia dos usuários, tendo o cenário produtor de saúde a responsabilidade da “criação”, principalmente de novidades estéticas e de tecnologias leves. A partir dessas premissas, Ceccim *et al.* defendem que a noção de integralidade e humanização dos profissionais de saúde pode ser estabelecida<sup>10</sup>.

A integralidade do cuidado é ainda extensamente abordada em coletânea de textos que relatam “as experiências de ensino na formação de profissionais para a integralidade em saúde”, em *Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS*<sup>15</sup>, lançado em 2004 no Seminário Nacional sobre Política AprenderSUS e as Graduações na Saúde, que teve o intuito de socializar os diferentes espaços-tempos de cada ator e de suas práticas de ensino na formação da força de trabalho em saúde a partir da tríade educação-trabalho-cidadania e de sua representação e intencionalidade: integrar universidade e sistema de saúde. O evento contou com a parceria do Laboratório de Pesquisa sobre práticas da Integralidade em Saúde (Lappis) e com o apoio do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Os títulos, temas estudados (grifados em itálico) e a análise e considerações de cada um destes textos, organizados regionalmente, encontram-se no Quadro 1<sup>16-25</sup>. Nota-se que tais experiências – assim como aquela protagonizada pelo Unifeso e objeto deste estudo – guardam em comum o papel de (re)construção permanente

de novas práticas de formação em saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado e no contexto de instituições de ensino cujos projetos pedagógicos estabelecem interfaces com cenários externos – especialmente a Estratégia Saúde da Família – com a participação do SUS. Neste contexto, tem-se como objetivo fundamental o resgate do lado humano e a afirmação da vida.

#### Quadro 1

Títulos, tema estudado (em itálico) e considerações dos textos agrupados regionalmente publicados em “Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS” (Pinheiro *et al.*, 2006)<sup>15</sup>

Textos		
Região	Título – tema estudado	Considerações
Norte	“Saúde da Família no Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre” – <i>Inserção dos alunos da graduação na Atenção Básica durante três anos</i>	Luta para a ruptura do corporativismo e da primazia do <i>status</i> médico e da visão tecnicista, matizada por tons neoliberais. Tentativa de reconhecimento das especificidades sociais, diagnósticos socioambientais, promoção à saúde e exercício da clínica na atenção básica <sup>16</sup> .
Nordeste	“O desafio da construção de marcos teóricos e metodológicos (re)orientadores da produção da força de trabalho de enfermagem no espaço da Faculdade de Enfermagem (Faen)” – <i>Socialização, marcos teóricos e metodológicos na força de trabalho da enfermagem na perspectiva das necessidades sociais</i>  “A Saúde da Família na Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte” – <i>Formação de médicos com perfil adequado às necessidades do SUS</i>	Conversação sobre o papel da universidade para além da qualificação técnica e científica, situando-a no exercício da reflexão ética e política no trabalho em saúde. Práticas fundadas na cidadania e no estabelecimento de valores éticos, com a formação de profissionais reflexivos e dotados de espírito crítico <sup>17,18</sup> .
Centro-Oeste	“Interação Ensino-Serviço-Comunidade, uma ferramenta para a integralidade” – <i>Ensino orientado para a comunidade com estudantes do curso de Psicologia da Uniderp* durante dez semestres</i>	Possível reconfiguração de um currículo multidisciplinar, a partir de novos cenários para os processos de ensino-aprendizagem do trabalho em saúde, com formação de profissionais sensíveis às necessidades do SUS <sup>19</sup> .
Sudeste	“Em busca da recomposição da arte do cuidado e do fazer/aprender: a interação universidade, serviço e comunidade na Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp”	A educação problematizadora pode ser empregada como estratégia metodológica de ensino-aprendizagem. A inserção em novos cenários – tais como as unidades básicas

	<p>“Travessia a caminho da integralidade: uma experiência do curso de Odontologia da UFMG”</p> <p>“Experiências da integralidade no curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais”</p> <p><i>Os três textos refletem sobre as mudanças nos respectivos cursos ao incorporarem novos cenários de ensino com a interação entre diversos atores</i></p>	<p>de saúde – é capaz de oferecer práticas voltadas para a integralidade das ações em saúde, com a respectiva valorização das dimensões psicossociais nas atividades educativas, visando à formação de profissionais sensíveis às demandas dos usuários do SUS<sup>20,21,22</sup>.</p>
Sul	<p>“Projeto de Assistência Interdisciplinar ao Idoso em nível primário (Painp): a busca de uma prática possível”</p> <p>“Diagnóstico de saúde em unidade de saúde da família como ferramenta prática pedagógica”</p> <p>“Uma proposta inovadora de formação de profissional em fisioterapia centrada na integralidade em saúde”</p> <p><i>Os três textos apresentam propostas de transformação do ensino a partir da perspectiva da integralidade</i></p>	<p>Identificação do processo saúde-doença e do envelhecimento para além da mera perspectiva curativa, destacando o exercício da promoção à saúde. Possibilidade de criar reflexões sobre a prática da integralidade em novos cenários a partir de diferentes cursos da área de saúde. Atuação além da visão estritamente organicista e reducionista do corpo. Conhecimento da realidade sociocultural, política, econômica e sanitária e ambiental<sup>23,24,25</sup>.</p>

\*Uniderp – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal-Campo Grande (MS).

Além deste livro, destaca-se ainda na esfera da integralidade e do papel do SUS nos cursos de graduação na área da saúde, o texto *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde* (Pinheiro et al.)<sup>26</sup>. Seus autores ressaltam que a motivação dessa publicação foi oferecer contribuições para o desenvolvimento de práticas educativas “mais porosas aos contextos da vida” e, portanto, potencialmente “capazes de formar profissionais imbuídos de práticas cuidadoras em saúde com respeito à pluralidade e à singularidade dos processos de viver” (p. 9)<sup>26</sup>. Afirmam que o SUS, ao organizar práticas sob a ótica da integralidade, possibilita às instituições de ensino o exercício de valores democráticos<sup>27</sup>, pois distingue a noção de “trabalho” da de “serviço”, uma vez que possibilita a integração da gestão e controle social e, por extensão, a percepção dos direitos sociais e políticos a partir das práticas e

saberes em cenários vivos de ensino-aprendizagem<sup>15, 26</sup>. Duas experiências, realizadas distintamente na Universidade Federal Fluminense (UFF) e na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), chamam a atenção sobre o ensino em saúde orientado pela integralidade. As mesmas se encontram sintetizadas no Quadro 2<sup>28, 29</sup>.

## Quadro 2

Títulos, temas e considerações das experiências publicadas em *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde* (Pinheiro et al., 2006)<sup>26</sup>

Experiência: título – tema	Considerações
“Transformação na graduação de enfermagem da UERJ” – <i>Criação de uma concepção pedagógica crítica com reformulação curricular</i>	Modificações no modelo de formação do enfermeiro, tendo em vista a produção social da saúde e a implementação de um currículo integrado com superação do modelo mecanicista e funcionalista em novos cenários de aprendizagem. Implantado desde o final dos anos 1990 em processo contínuo de revisão <sup>28</sup> .
“O currículo de Medicina da Universidade Federal Fluminense: revisitando uma experiência” – <i>Reflexões sobre experiências de mudança na formação de profissionais de saúde a partir da inovação curricular</i>	Realizada a partir de parceria entre a Lupa-Saúde*, o Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da UFF e o Lappis-Uerj. Traz reflexões sobre a integralidade e o ideário da reforma sanitária. Propõe a ruptura do ciclo básico-tradicional e do contato tardio com a realidade durante a graduação. Trabalha com a inserção em novos cenários, como o Programa Médico de Família e as Policlínicas Comunitárias. Construção da linha de pesquisa EnsinaSUS <sup>29</sup> .

\* Laboratório Universitário de Planejamento em Saúde.

Com base na pluralidade de referências aqui mencionadas, percebe-se o quanto é necessário que o ensino – sobretudo no que diz respeito à medicina – assuma um desenho de prática social, delegando a si próprio o propósito de instaurar uma prática na qual a produção de conhecimento, a formação acadêmica e a prestação de serviços sejam indissociáveis<sup>30</sup>. Com base nestas premissas, seria promovido no aluno o engajamento para compreender a dinâmica social e a utilização deste conhecimento como instrumento de excelência profissional<sup>31-35</sup>, como defendido no perfil do médico proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN)<sup>36</sup>:

[almeja-se] “um médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença e seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.”(p. 38)

Nesse contexto, a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem figura como eixo educacional de uma medicina mais próxima da sociedade e mais influente no panorama regional, como já demonstrado. Aqui, o SUS atua como agente essencial neste processo, por intermédio das unidades de atenção à saúde – mormente as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) –, as quais, segundo a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e as DCN, devem receber os graduandos logo nos primeiros semestres do curso. Algumas características peculiares da Atenção Primária à Saúde (APS) – ou Atenção Básica de Saúde (ABS) – justificam sua utilização como cenário de aprendizagem médica: (a) a potencial resolução de até 80% dos problemas de saúde da população; (b) sua organização como local de acolhimento à demanda e de busca ativa de pacientes com avaliação de vulnerabilidade; (c) a possibilidade genuína de exercer uma saúde coletiva ao se empregar o conceito de clínica ampliada, ultrapassando a concepção biomédica em direção aos aspectos subjetivos, sociais e ambientais de cada sujeito<sup>36-42</sup>.

O Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso), situado em Teresópolis (RJ), em consonância com as transformações pelas quais as instituições de ensino de graduação em Medicina no Brasil vêm passando nos últimos anos – apoiadas notadamente pelos ministérios de Educação e Saúde e fundamentadas principalmente nas DCN<sup>36</sup>, no Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares em Medicina (Promed)<sup>43</sup> e no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)<sup>44</sup> –, implantou, em 2005, um projeto de mudança curricular em seu curso médico. A instituição estabeleceu uma proposta pedagógica potencialmente transformadora, ultrapassando o tradicional modelo de formação biomédica, substituindo-o por um paradigma biopsicossocial e ambiental, conforme referido em seu Projeto Pedagógico do Curso de Medicina: “a reestruturação do mundo do ensino e do trabalho a partir da realidade concreta dos sujeitos” (p. 4)<sup>45</sup>. Instituiu, desta feita, em sua matriz curricular, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem (Maea) – enfatizando a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)<sup>46</sup> – e a inserção de graduandos de

Medicina nas UBSF desde o primeiro período a partir de 2005, por meio de convênio preestabelecido com o gestor municipal, destacando-se que essa inserção é o objeto de estudo do presente estudo<sup>47, 48</sup>. Ressalta-se que este convênio já vinha sendo celebrado desde 1999, possibilitando a inserção dos estudantes por seis meses – durante o internato médico – nas UBSF.

Com base na vivência deste processo de transformação curricular formulam-se as seguintes indagações: a inserção de estudantes de Medicina desde os primeiros períodos nas UBSF, como realizada pelo Unifeso, é capaz de contribuir para uma nova percepção sobre a saúde e o processo de adoecimento? Qual seria a percepção deste aluno a respeito desta inserção?

Explorar tais indagações – apresentando dados acerca do ponto de vista dos discentes – é o escopo do presente artigo.

## MÉTODOS

A pesquisa qualitativa – com o uso complementar de estratégias quantitativas – representou o percurso metodológico desta investigação. O cenário de pesquisa foi o Unifeso, situado no município de Teresópolis, no Estado do Rio de Janeiro, com discentes matriculados regularmente no quinto período do curso de graduação em Medicina, os quais já possuíam uma boa experiência nos cenários das UBSF e com o uso da ABP.

Foi estabelecida uma amostra definida pelo critério de “saturação de respostas semelhantes ou iguais”, conforme destacado por Minayo (p. 209)<sup>49</sup>, ao referir que uma amostra deve responder a normas de validade tais como representatividade, exaustividade e pertinência. Contemplando tal critério, o número final de estudantes entrevistado foi 29, dentre todos aqueles matriculados regularmente no quinto período (cerca de 40% do total, tendo em vista um universo de 72 discentes nesse período). As entrevistas foram realizadas, em sua maior parte, no *campus* sede do Unifeso, de setembro a novembro de 2008. A pesquisa foi efetuada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Unifeso – Memorando de Aprovação nº 166/08, de 1º de julho de 2008 – e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos estudantes, sendo garantido o sigilo sobre suas identidades. Ressalte-se, pois, que a pesquisa está em plena consonância com o estabelecido na Resolução 196/96 e suas complementares<sup>49, 50</sup>.



A técnica de coleta de dados escolhida foi a aplicação de entrevista individual, contendo as seguintes perguntas abertas: (a) Como tem sido para você participar desde os períodos iniciais das atividades nas UBSF? (b) O que você manteria e o que você modificaria nesta prática dentro das UBSF?

A apreciação das respostas foi conduzida pela técnica de Análise de Conteúdo – mais especificamente a Análise Temática –, devido à sua adequação à investigação qualitativa sobre pesquisas na área da saúde. Foram seguidas as três etapas operacionais da Análise Temática: (a) pré-análise, decomposta em leitura flutuante, constituição do *corpus* e formulação de hipóteses e objetivos com base nas respostas dos entrevistados; (b) exploração do material; (c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, segundo as orientações de Minayo<sup>49</sup>. Na segunda fase foi incluída a análise das questões empregando-se categorias.

Bardin<sup>51</sup> define que as categorias seriam rubricas ou classes reunidas em torno de um grupo de elementos definidos também como unidades de registro sob um título genérico e agrupadas em razão de características comuns dos elementos. Refere, ainda, três esferas essenciais para compô-las: (a) pertinência, ou seja, possuir uma ideia de adequação ótima, refletindo as intenções da pesquisa; (b) objetividade; (c) fidelidade, procurando a codificação de uma mesma maneira, evitando a “subjetividade e a variação de juízos” na escolha de categorias. Procurou-se seguir estes princípios na análise das respostas dos entrevistados<sup>51</sup>. Destaque-se que o critério adotado de categorização desta pesquisa foi o semântico, ou seja, procurou-se criar categorias por temas de acordo com as respostas fornecidas<sup>51</sup>.

A análise geral desta pesquisa considerou a frequência absoluta das expressões – termos ou ideias referidos para compor cada categoria – e a combinação do número destas expressões por estudantes, ressaltando, assim, o número de alunos entrevistados e suas categorias referidas em frequência relativa (porcentagem). Tais categorias foram subdivididas em categorias relacionadas a impressões positivas e categorias relacionadas a impressões negativas.

A frequência das categorias com base em suas expressões foi determinada em números absolutos – frequência absoluta (FA) –, conforme se verificará nas tabelas que se seguem. Estas tabelas foram criadas para melhor análise comparativa com a incorporação de frequências relativas (FR) – ou porcentagens arredondadas – dos estudantes e suas respectivas categorias.

Compreende-se que estes números absolutos das categorias também representam o número de entrevistados, uma vez que, pelo princípio da exclusividade na criação de categorias, este termo ou expressão não pode ser utilizado para *outra* categoria, representando, assim, a expressão de um único entrevistado – ou seja, cada expressão pertence efetivamente a *um* entrevistado. Ressalte-se que cada entrevistado pode ou não emitir mais de uma expressão e, portanto, a soma final do número de expressões não é necessariamente igual ao número total de entrevistados (no caso: 29). Da mesma forma, a soma da porcentagem destes estudantes não é igual a 100%, mas uma porcentagem maior que 100% porque, como já explicado, há sobreposição de expressões para cada um dos estudantes – ou seja, cada entrevistado pode ter mais de uma concepção e, portanto, como referido, expressar mais de uma categoria em sua fala<sup>51,52</sup>.

A análise final deste trabalho considerou a categoria com o maior número de expressões – ou a mais frequente – e a soma das expressões de todas as categorias com sua conotação, positiva ou negativa, para a análise final da questão formulada. Todas estas informações são mais bem elucidadas adiante.

## RESULTADOS

Tomando por base as respostas dos entrevistados, foram criadas duas grandes classificações: *categorias de classificação positiva*, que têm como categorias representativas: inserção com ressalvas; humanização e integração da teoria e da prática; e *categorias de classificação negativa/crítica*: preceptoria ausente (entendida como condição de ensinar procedimentos clínicos ou competência clínica), qualidade do profissional; organização da UBSF e má impressão da visita domiciliar.

Foram 20 as expressões de categorias positivas, enfatizando-se que aquela que apresentou a maior frequência foi relativa à “integração teoria/prática”. Este aspecto, por si mesmo, é muito positivo, uma vez que o exercício da clínica ampliada – com a sensibilização do discente para aspectos que ultrapassam os livros e a sala de aula, tais como a história subjetiva e social de cada sujeito e sua relação com o meio ambiente, possibilitando de fato a integralidade do cuidado – é elemento essencial na formação médica. A “inserção com ressalvas” é a segunda categoria positiva mais frequente – ou seja, mesmo sendo positiva a

inserção, esta apresenta críticas dirigidas à forma *como* está sendo feita, embora já seja muito importante o reconhecimento da UBSF como espaço integrador entre a teoria e a prática. Por último, destaca-se a categoria “humanização”, que, apesar de referida com menor frequência, deve ser bastante valorizada, pois diz respeito a uma condição crucial para o ato de acolher e cuidar de forma integral.

Foram, então, criadas as categorias de classificação negativa ou crítica, destacando-se os elementos atinentes à organização – mormente planejamento deficiente e comunicação insuficiente entre coordenação e UBSF –, citada 25 vezes, como referido na categoria “organização das UBSF”. Verificou-se um total de 47 expressões como categorias negativas. É importante citar que a *coordenação* à qual se referem os estudantes é vista de forma ambígua, não se identificando uma coordenação /setor específico como foco da queixa. Além deste item, ressalta-se a categoria “preceptor ausente”, citada 12 vezes. Neste aspecto, compreendeu-se a definição de preceptor de acordo com Botti e Rego<sup>53</sup>: “a condição de ensinar procedimentos clínicos ou competência clínica” ou ainda “o ensino-aprendizagem do desenvolvimento profissional em situações clínicas reais no próprio ambiente de trabalho” (p. 365). Tais aspectos são específicos da função do médico, como destacado por Houaiss (p. 396)<sup>54</sup>, que define a clínica como o “estudo médico feito sobre o corpo de um doente, ou a prática da medicina” e o clínico como aquele que “se faz junto ao leito do doente”. Botti e Rego<sup>53</sup> ainda identificam no preceptor um papel de “suporte, para ajudar o novo profissional a adquirir prática, até que este tenha maior confiança e segurança em suas atividades diárias” (p. 365), fato que por si só parece justificar sua presença em um cenário de prática como a UBSF. Em síntese, o percentual de estudantes que referem que a UBSF se encontra pouco organizada – categoria “organização das UBSF” – é muito elevado (86%), ou seja, cerca de oito a nove em dez alunos entrevistados, assim como aquele apresentado em relação à necessidade de um preceptor no local (41%), razoável percentual dos entrevistados.

Foi verificada, ainda, a má impressão daquela que poderia ser considerada uma das mais ricas atividades nas UBSF, a visita domiciliar, por diferentes razões, apontadas no Quadro 4. Seguem os Quadros 3, 4 e 5, relativos, respectivamente, às categorias positivas e negativas criadas de acordo com ideias e/ou expressões referidas na entrevista e sua frequência absoluta, assim

como a porcentagem de estudantes que a citaram e ainda a relação final entre as impressões positivas e negativas sobre a questão abordada.

Quadro 3

Categorias positivas criadas com base em ideias e/ou expressões referidas na entrevista, sua frequência e referência nos estudantes

Categorias positivas criadas	Exemplos de ideias/expressões positivas referidas	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Inserção com ressalvas	<p><i>“o problema não é a inserção que é boa, mas...”</i></p> <p><i>“acho que obtive conhecimentos com a inserção, mas”;</i></p> <p><i>“proveitosa, mas...”;</i></p> <p><i>“extremamente importante, mas...”;</i></p> <p><i>“muito significativa, porém...”;</i></p> <p><i>“inicialmente era boa, mas...”;</i></p> <p><i>“ir à casa dos pacientes é muito bom mas”.</i></p>	8	28
Humanização	<p><i>“tem que ter calor humano na medicina, você acaba vendo sofrimento de alguém e, querendo ou não, acaba aprendendo com ele”;</i></p> <p><i>“analisa o indivíduo, sua vida e a comunidade em que se insere”.</i></p>	2	7
Integração da teoria e da prática	<p><i>“muito satisfatória, pois a diferença entre a teoria e a prática consiste em um abismo”;</i></p> <p><i>“muito positiva, fazia o link entre a teoria e a prática, definindo sua verdadeira vocação”;</i></p> <p><i>“verificava quem podia comprar ou não remédios”;</i></p> <p><i>“proporciona a prática precoce”;</i></p> <p><i>“perdi o medo do paciente e aprendemos a conversar com as pessoas”;</i> <i>“desde cedo convivemos com a realidade da medicina”.</i></p>	10	35
Total		20	–

Fonte: dados da pesquisa.

Quadro 4

Relação de categorias negativas/críticas criadas com base em ideias e/ou expressões referidas na entrevista, sua frequência e referência nos estudantes

Categorias negativas/críticas criadas	Exemplos de ideias/expressões negativas referidas	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
---------------------------------------	---	-------------------------	-------------------------

<p>Preceptoria ausente (condição de ensinar procedimentos clínicos ou competência clínica – ensino-aprendizagem do desenvolvimento profissional)</p>	<p>“há necessidade de ter alguém junto a nós na UBSF”;  “o preceptor é fundamental, pois fazer atividades só com o agente comunitário não é tão rentável”;  “só podia ficar perguntando na VD e não podia fazer um exame físico... meu trabalho era como de um agente comunitário... faltava um preceptor”;  “nas VDs só ia o agente comunitário quando deveria haver uma recepção melhor... uma orientação mais profissional”;  “deveríamos discutir e refletir sobre os casos”; “deveria haver um tutor da faculdade na UBSF”;  “a atenção poderia ser melhor”.</p>	<p>12</p>	<p>41</p>
<p>Qualidade do médico</p>	<p>“os médicos da UBSF não eram tão bons...”</p>	<p>1</p>	<p>3</p>
<p>Organização da UBSF</p>	<p>“a estrutura da própria UBSF poderia ser melhor”;  “não tinha muita atividade na UBSF e íamos embora”;  “preenchia o horário somente”;  “muita desorganização na Unidade”;  “a comunicação não é boa entre a faculdade e o aluno”;  “falta comunicação entre a UBSF e a faculdade, e as atividades feitas na UBSF não eram as que desenvolvíamos nas sessões de tutoria”;  “problemas de comunicação entre a UBSF e a faculdade”;  “tinha que ter um planejamento de atividades na UBS coincidindo com o que aprendemos no laboratório de habilidades”;  “existe a necessidade de organizar as atividades nas UBSFs”;  “deveria haver atividades predefinidas para os alunos no posto”;  “as atividades desse ambiente deveriam estar programadas com as atividades do período”;  “a atividade na UBSF é pouco efetiva por falta de conhecimento prévio nos períodos iniciais”.</p>	<p>25</p>	<p>86</p>

Má impressão da visita domiciliar	<p><i>“achava que o usuário não gostava da visita domiciliar, além de não ser um ambiente adequado ao exame do paciente”;</i></p> <p><i>“achava que a visita não deveria ser obrigatória”;</i></p> <p><i>“nos dias de VD não havia tanto aprendizado”;</i></p> <p><i>“as minhas atividades nas unidades eram inúteis, eu só fazia VD”;</i></p> <p><i>“a VD não me acrescentava nada e era cansativa”;</i></p> <p><i>“melhorou quando parei de fazer VD”;</i></p> <p><i>“tiraria a VD e colocaria os alunos só acompanhando consultas”.</i></p>	9	31
Total		47	–

Fonte: dados da pesquisa.

### Quadro 5

#### Relação entre as impressões positivas e negativas referidas

Questão: “Práticas nas UBSF”	Expressões positivas	Expressões críticas/negativas	Total
Frequência absoluta	20	47	67
Frequência relativa	30%*	70%*	100%

\* Porcentagem obtida com base na relação entre a frequência absoluta de cada uma destas expressões e o número total de expressões.

Fonte: dados da pesquisa.

A reflexão sobre os dados obtidos é apresentada a seguir, de acordo com os referenciais teóricos propostos.

## DISCUSSÃO

Com base nos resultados foi possível identificar que, na visão dos entrevistados, as atividades nas UBSF deixam uma impressão negativa em relação à formação médica, ainda que também se indiquem pontos positivos. Destaque-se a desorganização das unidades – aspecto já apontado em outras investigações<sup>55, 56</sup> – e a necessidade de um preceptor local, embora se reconheça que a integração entre teoria e prática seja bastante positiva. Percebe-se que a inserção precoce em UBSF apresenta problemas, tornando-as um cenário inadequado de aprendizagem devido a questões estruturais da própria ESF e à

insuficiente conversação entre esta e a instituição, de modo a se aprimorar a integração ensino-serviço-comunidade. A ausência de um efetivo preceptor local é também fator problemático, de acordo com os entrevistados. Neste sentido, é importante ressaltar que o contato horizontal com a figura do preceptor é relevante para a criação de vínculo entre o estudante e o usuário/comunidade, facilitando, assim, seus primeiros passos de ensino-aprendizagem na área da saúde e auxiliando seu processo emancipatório, tornando-o, paulatinamente, um sujeito ativo, questionador e transformador da realidade em que está inserido.

Algumas considerações a respeito desta percepção negativa das UBSF podem ser justificadas pela reduzida oferta de atenção da equipe ao estudante, originada pela sobrecarga de trabalho, oriunda, entre outras causas, do elevado número de famílias adscritas – o que, em última análise, é mais um elemento de precarização do trabalho na ESF<sup>57</sup>. Esse número elevado de assistidos se explica em parte pela falta de expansão do PSF no município – atualmente com cerca de 30% de cobertura<sup>58</sup> –, o que acarreta, por exemplo, maior complexidade na organização do trabalho destas equipes, destacando-se o número elevado de consultas por demanda programada e espontânea e de visitas domiciliares. Assim, a falta de identificação de um preceptor local – um membro da ESF dependendo da organização de cada equipe – acaba por provocar uma falta de reconhecimento daquele cenário como potencializador do ensino-aprendizagem na formação do estudante<sup>59-64</sup>.

Outro aspecto a considerar é que os problemas apresentados na inserção em UBSF podem também ser justificados em parte pelas diferentes ofertas de recursos físicos, técnicos e humanos para ensino-aprendizagem nos módulos que compõem a estrutura curricular do curso de graduação em Medicina do Unifeso: os módulos tutorial (MT) e de prática profissional (MPP). A possibilidade de organização mais eficiente do MT – já que este abrange um cenário teórico (tutorias, as quais têm por objetivo estimular o estudante a conquistar autonomia para a busca da informação científica, com base em problemas apresentados em sete passos ou etapas) e um cenário simulado (laboratório de habilidades, no qual os estudantes, sob supervisão de um professor, desenvolvem técnicas de comunicação e habilidades semiotécnicas em manequins) –, em contraste com os cenários de *trabalho vivo* do MPP, pode também explicar o desencanto dos estudantes com a UBSF. De fato, o MPP – cujo objetivo é favorecer o desenvolvimento de habilidades para a clínica ampliada, incluindo vários cenários,

além da própria UBSF e do hospital da instituição – apresenta enormes diferenças entre sua estrutura física, sua organização e seus recursos humanos: trata-se do SUS vivo, com todas as suas contradições e idiossincrasias<sup>59-65</sup>.

Além desses pontos relacionados ao processo de trabalho das equipes das UBSF – que, certamente, influenciam o ensino-aprendizagem –, é importantíssimo verificar como as competências sugeridas para serem desenvolvidas nestes cenários podem ser realmente adquiridas, o que também pode justificar o descontentamento dos estudantes, mormente em um contexto em que a equipe não consegue dar conta dos problemas de saúde da coletividade<sup>60, 61</sup>. Nestes termos, estudos como o de Gil *et al.* (p. 234 e 238)<sup>66</sup>, realizado com base em vivências nos cenários de prática com graduandos em Medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL), apresentam resultados semelhantes aos do presente trabalho, na medida em que se reconhece que a inserção dos estudantes na atenção primária encontra diversos desafios, tais como: (a) os diferentes tempos institucionais dos serviços e do ensino para atender às necessidades de saúde da comunidade, gerando pouco tempo para as práticas com os estudantes; (b) adesão diminuída dos estudantes, por ainda não possuírem habilidades e atitudes que contribuam para o cuidado perante a demanda existente nos serviços, gerando frustrações e a genuína “sensação de que atrapalham o serviço”; (c) “falta de tempo dos profissionais de saúde para os estudantes aí inseridos”, além da perda do significado das visitas domiciliares feitas por estudantes, os quais se orientam predominantemente para o diagnóstico dos problemas de saúde da comunidade, sem uma proposta de solução. Esses autores também apontam a necessidade de ofertar formação em Maiea aos profissionais que se interessassem pela preceptoria e estabelecer uma gratificação diferenciada para eles<sup>66</sup>.

Como resposta aos desafios expostos e analisados neste trabalho, a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), desde 2005, promoveram fóruns de discussão, como os realizados no 44º Congresso Brasileiro de Educação Médica, em 2006, e no IX Congresso Brasileiro de MFC, em 2008, para apoiar as escolas em seu processo de mudança. Finalmente, em 2011, a *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*<sup>67,68</sup> publicou um conjunto de diretrizes construídas pela Abem e SBMFC – *Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina (D-APS)* –, com o objetivo de apoiar as



escolas médicas na elaboração de projetos pedagógicos no contexto da Atenção Primária à Saúde. Essas diretrizes são apontadas de forma sintética no Quadro 6, que demonstra os pressupostos exemplificados para o ensino na APS e indagações correlatas<sup>67,68</sup>.

Quadro 6

Relação das Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina

Temática abordada	Contribuições da Atenção Primária à Saúde para a graduação em Medicina	Objetos de ensino-aprendizagem	Momentos formativos	Diretriz metodológica e estratégia didática	Espaços formativos	Docentes e preceptores
Pergunta	Por quê?	O quê?	Quando?	Como?	Onde?	Quem?
Exemplos	Contextualização com a realidade local	Primeiro contato com o paciente	Inserção longitudinal em todos os períodos	Estratégia significativa e dialógica com integração ensino-teoria	Unidades de Saúde da Família acessíveis	Equipe e Médico especialista em MFC

É importante permitir que o estudante de Medicina – que se encontra, hoje, diante de um novo modelo curricular constituído por Maea e por novos cenários de ensino-aprendizagem – se torne o egresso apontado pelas DCN. Para isto, propõe-se sua inserção na Atenção Primária à Saúde, com base na noção da integralidade do cuidado, centrada em seu abrangente conceito de adoecer biopsicossocioambiental, contextualizada, inscrita na aprendizagem significativa<sup>69</sup> e justificada pelas questões: Por quê? – O quê? – Quando? – Onde? – Quando? e Quem? e respectivas propostas das *Diretrizes para o Ensino na APS*<sup>68</sup>, conforme mostrado na Figura 1.

FIGURA 1  
O Ensino na APS



Fonte: Elaboração teórica dos autores, sob inspiração de Gusso G, Marins JJN, Demarzo MMP, Belaciano MI, Almeida RCC, Stein AT *et al.*,orgs. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina (SBMFC e Abem). [Captado em 27 de abril de 2012]. Disponível em: [http://www.abem-educmed.org.br/pdf/atencao\\_primaria\\_caderno05.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf/atencao_primaria_caderno05.pdf).

Desta forma, é de fundamental importância que as escolas médicas estejam atentas às díspares experiências de integração ensino-trabalho-comunidade – tal como a presentemente descrita – e que as percepções dos estudantes e dos usuários do SUS sejam consideradas como referência para melhor adequação de ensino-aprendizagem nestes cenários, uma vez que esta inserção pode se tornar um efetivo instrumento de integração e sensibilização

para a realidade local daquela comunidade, consolidando, assim, o sucesso de uma real transformação curricular.

É importante ressaltar, ainda, que as visitas domiciliares podem representar e contextualizar este conceito de integralidade e a aplicação das propostas presentes nas D-APS. Tal atividade pode apresentar ao discente uma gama de sinais que se constituem na vida pulsátil. De fato, as moradias, as ruas e as ruelas, a comunidade, o bairro, sua urbanização e sua integração à cidade interagem continuamente com a saúde das pessoas e tornam as vidas extensão e metáfora deste cenário. A educação médica não pode, definitivamente, prescindir dessa vivência. Aqui pode estar em jogo o lídimo despertar da vocação profissional deste estudante.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Estratégia Saúde da Família pode representar para a educação médica muito mais do que um cenário vivo, talvez a própria vida em forma de diferentes cenários, indispensáveis, embora muitas vezes desconfortáveis. Trata-se de mais uma manifestação da existência que não pode ser colocada de lado, excluída e ocultada das douradas vistas, principalmente no caso daqueles que já atuam junto aos usuários e que irão tratar deles ainda mais no futuro: os estudantes de Medicina. É de fundamental importância que estes sejam capazes de perceber que todo e qualquer processo de adoecimento está, de algum modo, aí contextualizado.

No município de Teresópolis, é visível, de algumas UBSF, o Dedo de Deus, atração turística do Parque Nacional da Serra dos Órgãos. A profusão de moradias que invadem, pouco a pouco, as montanhas e as matas – assim como a floresta remanescente local, a Mata Atlântica, degradando-a e ferindo-a – não deixa dúvidas sobre a maneira como se pode viver e como, ainda que pareça sem opções, se pode adoecer e morrer, como ocorrido nas recentes tragédias climáticas de 12 de janeiro de 2011 e de 6 de abril de 2012, que custaram as vidas de centenas de moradores das encostas<sup>70,71,72</sup>.

Integrar os discentes de Medicina nesses cenários é uma grande responsabilidade social das instituições de ensino e da sociedade brasileira. Já para o docente e as equipes das UBSF, cabe o papel de acolhimento – manifestação de ternura –, e ao estudante, muito mais do que ensino-

aprendizagem, a disposição para vivenciar uma oportunidade singular de perceber a complexidade dos fenômenos do viver, do adoecer e do morrer de mulheres e homens. Quiçá todos saibam aproveitá-la!

## REFERÊNCIAS

1. Almeida MJ. Educação Médica e Saúde: possibilidades de mudança. Londrina: UEL, Rio de Janeiro: ABEM; 1997.
2. Lampert JB. Tendências de Mudança na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/ABEM; 2002.
3. Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? Rev Bras Educ Méd. 2011;35(4):557-566.
- 4 – Feuerwerker LCM. Gestão dos Processos de Mudança na Graduação em Medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. Educação médica em transformação, instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004.p.17-39.
- 5 - Ceccim R, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. PHYSIS. 2004;14(1):41-65.
- 6 - Marins JJN. Os Cenários de Aprendizagem e o Processo do Cuidado em Saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: ABEM/HUCITEC; 2004. p.97-108.
7. Bittencourt-Costa JR, Romano VF, Costa RR, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Active teaching-learning methodologies: medical students' views of problem-based learning. RevBrasEduc Méd. 2011;35(1):13-19.
- 8 - Koifman L, Saippa-Oliveira G. As práticas de avaliação da formação e do cuidado orientadas pela integralidade: uma aproximação necessária In: Pinheiro, R, Mattos RA. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC – ABRASCO; 2006. p. 245-260.
- 9 - Gomes AP, Arcuri MB, Cristel EC, Ribeiro RM, Souza LBM, Siqueira-Batista R. Avaliação no Ensino Médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. Rev Bras Edu Méd. 2010;34(3):390-396.
- 10 - Ceccim R, Capozzolo AA. Educação dos Profissionais de Saúde e Afirmação da Vida: a Prática Clínica como Resistência e Criação. In: In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: ABEM/HUCITEC; 2004. p.346-90.
- 11 - Santos BS. Um discurso sobre as ciências. Porto: Afrontamento; 2002.
- 12 - Siqueira-Batista R, Helayël-Neto JA. The chance is necessary? The case of The Drunkard's Walk: How Randomness Rules Our Lives. Rev Bras Ens Fis. 2011; 33(3):1-1.
- 13 - Maturana H, Varela F. De máquinas e seres vivos. Autopoiese, a Organização do Vivo. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- 14 - Siqueira-Batista R. Infinito íntimo: eutanásia e libertação. In: Carvajal E, Moraes PFC, Pegoraro AO, orgs. Células-tronco e eutanásia: potencialidades e limites. Rio de Janeiro: Ed UERJ; 2009. p. 105-128.

- 15 – Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, orgs. Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2006.
- 16 – Silveira R, Leal O, Lofego J. Saúde da Família no Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, orgs. Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2006. p. 15-32.
- 17 – Moura A, Miranda MGO, Lima MGA, Filho JB. O desafio da construção de marcos teóricos e metodológicos (re)orientadores da produção da força de trabalho de enfermagem no espaço da FAEN. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, orgs. Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2006. p. 33-44.
- 18 – Borba PC. A Saúde da Família na Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, orgs. Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2006. p. 45-56.
- 19 – Cabral PE, Koadjaoglaniam VL, Barbier CP, Freitas LSS, Novaes CJ, Mattos MCI. Interação Ensino-Serviço-Comunidade uma ferramenta para a integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, orgs. Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2006. p. 57-70.
- 20 – Cyrino EG, Martins STF, Preto AY, Manoel CM, Oikawa LT, Vecchia MD, Romanholi RMZ, Uliana MR. Em busca da recomposição da arte de do cuidado e do fazer/aprender: a interação universidade, serviço, e comunidade na Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, orgs. Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2006. p. 71-84.
- 21- Ferreira e Ferreira E, Vargas AMD, Amaral JHL, Vasconcelos M, Mattos FF. Travessia a caminho da integralidade: uma experiência do Curso de Odontologia da UFMG. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, orgs. Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2006. p. 85-92.
- 22 – Brito MJM, Madeira LM, Mendes LC, Lopes TC, Dittz ES. Experiências da integralidade no curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, orgs. Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2006. p. 93-108.
- 23 – Dellarozza MSG, Trelha CS, Yamada KN, Cabreira MAS. Projeto de Assistência Interdisciplinar ao Idoso em nível Primário (PAINP): a busca de uma prática possível. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, orgs. Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2006. p. 109-122.
- 24 – Budó MLD, Ressel LB, Beck CLC, Colomé CLM, Amaraim IK, Poppi MC, Machado TS, Dornelles CS. O Diagnóstico de saúde em unidade de saúde da família como ferramenta prática pedagógica. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos

- RA, orgs. Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2006. p. 123-136.
- 25 – Stedile MO, Claus SM. Uma proposta inovadora de formação de profissional em fisioterapia centrada na integralidade em saúde – Propostas de transformação. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, orgs. Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2006. p. 137-153.
- 26 – Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, orgs. Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2006.
- 27 - Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. Rev Bras Educ Méd. 2008;32(4):482-491.
- 28 – Macedo MCS, Romano RAT, Henriques RLM. Transformação na graduação de enfermagem da UERJ. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, orgs. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ CEPESQ ABRASCO; 2006. p.278-94.
- 29 – March C, Koifman L, Pontes ALM, Saippa-Oliveira G, Júnior AGS, Fernandez VS. O currículo de medicina da Universidade Federal Fluminense: revisitando uma experiência. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, orgs. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ CEPESQ ABRASCO; 2006. p. 295-309.
- 30 - Netto César PH, Guimarães FT, Gomes AP, Rôças G, Siqueira-Batista R. Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem baseada em problemas. Rev Bras Educ Méd. 2010;34(2):298-303.
- 31 - Ferreira RC, Silva RF, Agner CB. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem da Atenção Básica de Saúde. Rev Bras Educ Méd. 2007;31(1):52-59.
- 32 - Ferreira RC, Fiorini VML, Crivelaro E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. Rev Bras Educ Méd. 2010; 34(2):207-215.
- 33 – Bulcão LG. O Ensino Médico e os Novos Cenários de Ensino-Aprendizagem. Rev Bras Educ Méd 2004;28(1):61-72
- 34 - Gil CRR, Turini B, Cabrera MAS, Kohatsu M, Orquiza SMC. Integração ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas na atenção básica. Rev Bras Educ Méd. 2008;32(2):230-239.
- 35 - Brasil. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. Diretriz Conceitual. [Capturado em 03 de dezembro de 2010]. Disponível em: <http://www.dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>.
- 36- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001; Seção 1, p. 38.

- 37 - Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- 38- World Health Organization. Primary care. Genebra: WHO, 1978. [Capturado em 10 de janeiro de 2010]. Disponível em: <http://www.who.int/es/index.html>.
- 39-Miranda JFA. Estudo do Impacto da Adoção da Estratégia da Saúde da Família no Internato Médico. Educação Médica. Rio de Janeiro: Papel Virtual Editora, 2004.
- 40- Campos GWS. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica - Diretrizes: documento preliminar - abril de 2005. [online]. [Capturado 10 setembro de 2008]. Disponível em: [http://www.abem-educmed.org.br/pdf/doc\\_prof\\_gastao.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf/doc_prof_gastao.pdf).
- 41- Cordeiro H. Os desafios do ensino das profissões de saúde frente às mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos Pólos de Capacitação. Rev Ensaio: Aval Pol Públ Educ. 2002;10(34):43-54.
- 42 - Siqueira-Batista R, Rôças G. Alfabetização ecológica. Rev Bras Educ Méd. 2009;33(1):123-125.
- 43- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Organização Panamericana da Saúde. PROMED – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2002. [Edital de Convocação].
- 44- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde- PRÓ-SAÚDE: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília – DF, 2007.
- 45- Fundação Educacional Serra dos Órgãos. O Projeto de Mudança Curricular do Curso de Medicina da FESO. Teresópolis: Faculdades Unificadas; 2004. [mimeo].
- 46 - Siqueira-Batista R, Batista RS. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. Ciên Saude Coletiva 2009; 14(4):1183-1192.
- 47- Fundação Educacional Serra dos Órgãos. Projeto Político-Pedagógico Institucional do Centro Universitário Serra dos Órgãos. Teresópolis: UNIFESO; 2006.
- 48- Teresópolis. Convênio 005/1999 (PMT/FESO). Regulamenta a realização de estágio supervisionado, 1999.
- 49- Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde.6. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1999.
- 50- Brasil. Resolução 196/96. Conselho Nacional de Diretrizes e Saúde. Normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos. [Capturado em 07 de fevereiro de 2008]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioética/res.19696.htm>.
- 51- Bardin L. Análise de Conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.



- 52- Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994. p.67-80.
- 53- Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? Rev Bras Educ Med. 2008; 32(3):363-373.
- 54 - Houaiss A, Koogan A. Enciclopédia e Dicionário Ilustrado. Rio de Janeiro: Edições Delta, 2001.
- 55 - Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Melo EM. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. Rev Bras Educ Med. 2009;33(1):122-133.
- 56 - Martins PC, Cotta R, Mendes FF, Priore SE, Franceschini SCC, Cazal MM, Siqueira-Batista R. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. Cien Saúde Coletiva. 2011;16(3):1933-1942.
- 57 - Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Sampaio RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. Cad Saúde Pública. 2010;26(5):918-928.
- 58- Brasil. Ministério da Saúde. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. [Captado em 03 de março de 2012]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)
- 59 - Costa JRB. Análise da atuação das equipes do Programa de Saúde da Família no município de Teresópolis após a mudança curricular do curso de Medicina da Fundação Educacional Serra dos Órgãos, com a inserção precoce dos alunos: impressão dos médicos e enfermeiros. In: Moço ETSM, Falcão HBPT, Miranda JFA. Reflexões sobre as Mudanças Curriculares na Área de Saúde: Ativando Processos. Rio de Janeiro: Publit; 2007. p. 35-53
- 60- Unifeso. Cietc. Relatório da oficina de reorganização da atenção básica em saúde do município de Teresópolis. Teresópolis RJ: 2007, CD-ROM.
- 61- Unifeso. Cietc. Documento da Coordenação de Estruturação de Atividades de Inserção na Comunidade para a Coordenação Atividades de Educação Permanente nas UBSF. Módulo de Práticas Profissionais. 1º, 2º, 3º e 4º Períodos (2007-1). Teresópolis: 2007. [mimeo].
- 62 - Unifeso. Cietc. Planejamento de Atividades do Módulo de Práticas Profissionais/ Cenários Vivos. - 1º, 2º, 3ºe 4º Períodos (2008-1). Teresópolis: 2008. [mimeo].
- 63 - Unifeso. Cietc. Planejamento de Atividades do Módulo de Práticas Profissionais/ Cenários Vivos. -1º, 2º, 3º e 4º Períodos (2008-2). Teresópolis: 2008, CD-ROM.

64 – Santos SS, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Almeida LC, Oliveira LB, Farinazzo RJM, Pettendorfer S, Pinto LFS. Avaliação da progressão cognitiva no internato de clínica médica. Rev Bras Educ Med. 2008; 32(3):390-395.

65- Centro Universitário Serra dos Órgãos. Centro de Ciências da Saúde; Curso de Graduação em Medicina; Manual do Tutor/Instrutor; 1º, 2º, 3º e 4º períodos; Teresópolis RJ: 2007. CD-ROM

66 - Gil CRR, Turini B, Cabrera MAS, KohatsuM, Orquiza SMC. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. Rev Bras Educ Méd. 2008;32(2):230-239.

67- Gusso G, Marins JJN, Demarzo MMP, Belaciano MI, Almeida RCC, Stein AT, et al, orgs. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina (SBMFC e Abem). [Captado em 27 de abril de 2012]. Disponível em: [http://www.abem-educmed.org.br/pdf/atencao\\_primaria\\_caderno05.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf/atencao_primaria_caderno05.pdf).

68- Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JJN, Trindade TG, Anderson MIP, et al, orgs. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. Rev Bras Med Fam e Com .2011;6(19):145-50.

69 - Gomes AP, Dias Coelho UC, Cavalheiro PO, Siqueira-Batista R. O Papel dos Mapas Conceituais na Educação Médica. Rev Bras Educ Med. 2011;35(2):275-282.

70- Portal SOS Mata Atlântica. [Captado em 27 de abril de 2012]. Disponível em: <http://www.sosmatatlantica.org.br/>

71- O Globo. Tragédia das chuvas deixa ao menos 440 mortos no RJ. [Captado em 27 de abril de 2012].Disponível em: <http://oglobo.globo.com/politica/tragedia-das-chuvas-deixa-ao-menos-440-mortos-no-rj-2837907>

72- Zero Hora Disponível em:  
<http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/noticia/2012/04/chuvas-deixam-pelo-menos-cinco-mortos-na-regiao-serrana-do-rio-de-janeiro-3719803.html>

### **CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES**

O estudo foi desenhado por José Roberto Bittencourt Costa, sob a orientação de Luiz Anastácio Alves. José Roberto Bittencourt Costa, Rosane Rodrigues Costa e Rodrigo Roger Vitorino participaram da coleta de dados e da primeira elaboração do texto. Luiz Anastácio Alves, Valéria Ferreira Romano, Andréia Patrícia Gomes e Rodrigo Siqueira-Batista participaram da revisão crítica e da redação final do artigo.

### **CONFLITO DE INTERESSES**

Não há conflito de interesses.

### **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

José Roberto Bittencourt Costa  
Coordenação de Medicina  
Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO  
Avenida Alberto Torres, 111 – Alto.  
Teresópolis - RJ-  
CEP: 25964-004 E-mail: [zeroberto@ioc.fiocruz.br](mailto:zeroberto@ioc.fiocruz.br)

## ARTIGO 2

### A TRANSFORMAÇÃO CURRICULAR E A ESCOLHA DA ESPECIALIDADE MÉDICA

Análise da influência na trajetória profissional dos discentes do quinto período do UNIFESO sob um novo modelo curricular com o uso da Aprendizagem Baseada em Problemas e a inserção em novos cenários de prática a partir de pesquisa qualitativa com a aplicação de análise temática e a criação de categorias, Os resultados evidenciaram que há uma boa receptividade ao novo modelo curricular, mas a opção precoce por uma especialidade, -referida pela maior parte dos entrevistados- não foi alterada sob este novo currículo, e que a formação do médico generalista ou médico de família é pouco valorizada. Propusemos igualmente neste artigo a aplicação de políticas e estratégias educacionais mais integralizadoras, como o PROVAB e o PET-Saúde, como forma de fomentar a formação de médicos generalistas para atuarem na Atenção Básica. Artigo submetido à Revista Brasileira de Educação Médica com **aprovação** para publicação em Abril de 2014

# **A TRANSFORMAÇÃO CURRICULAR E A ESCOLHA DA ESPECIALIDADE MÉDICA**

## **CURRICULUM TRANSFORMATION AND THE MEDICAL SPECIALTY CHOICE**

**Titulo resumido: MUDANÇA CURRICULAR E FORMAÇÃO MÉDICA**

**Running title: CURRICULUM CHANGE AND MEDICAL EDUCATION**

José Roberto Bittencourt Costa<sup>1</sup>

Luiz Anastacio Alves<sup>2</sup>

Valéria Ferreira Romano<sup>3</sup>

Rosane Rodrigues Costa<sup>4</sup>

Andréia Patrícia Gomes<sup>5</sup>

Rodrigo Siqueira-Batista<sup>6</sup>

<sup>1</sup>*Curso de Graduação em Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), Laboratório de Comunicação Celular Programa de Pós-graduação em Ensino em Biociências e Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).*

<sup>2</sup>*Laboratório de Comunicação Celular - Instituto Oswaldo Cruz – FIOCRUZ*

<sup>3</sup>*Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).*

<sup>4</sup>*Curso de Graduação em Medicina e Hospital das Clínicas Costantino Ottaviano, Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO).*

<sup>5</sup>*Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa (UFV).*

<sup>6</sup>*Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa (UFV); Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Curso de Graduação em Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO).*

Artigo submetido em Agosto de 2013:  
Aprovado para publicação em Abril de 2014  
Revista Brasileira de Educação Médica

## Resumo

A reforma curricular implantada em 2005 no Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) com a utilização das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, no caso a aprendizagem baseada em problemas (ABP) e com a passagem pela Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) desde os primeiros períodos pode influenciar a trajetória de formação profissional de seu estudante? Para responder a esta questão- objetivo deste estudo- procedeu-se uma pesquisa qualitativa com os discentes matriculados no quinto período do curso, por meio de entrevistas, as quais foram categorizadas e posteriormente analisadas. Os resultados evidenciaram significativa receptividade ao novo modelo curricular, pelo entendimento de que este é capaz de suscitar novas reflexões dirigidas à futura prática do estudante e, igualmente, ao conceito de saúde e ao processo de adoecimento. Verificou-se ainda, que a opção precoce por uma especialidade - expressa pela maior parte dos entrevistados - não foi alterada sob o novo currículo e que a formação do médico enquanto generalista ou médico de família é ainda pouco valorizada.

**Palavras-chave:** Escolha da Profissão, Estudantes de Medicina, Saúde da Família, Aprendizagem Baseada em Problemas.

## Abstract

A curriculum change was implemented in 2005 in the Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) Undergraduate Medical Course, it included the use of problem-based learning (PBL) and student's passage through the Basic Care Unit (BCU) in the early periods. Can this condition influence the course of the vocational training of students? To answer the objective question of this study, a qualitative research was carried out with medical students of the fifth period through interviews, which were categorized and later analyzed. The results showed significant receptivity to the new model curriculum, due to the understanding that such model is able to arouse new reflections aiming at future student practice and also to the concept of health and the process of illness. It was also found that the early option for a particular specialty - expressed by the majority of respondents- was not changed under the new curriculum and the training of medical practitioner or family physician is still poorly regarded.

**Keywords:** Medical Specialty, Medical Students, Family Health, Problem-Based Learning.

## INTRODUÇÃO

A formação científica do médico centrada na esfera dos fenômenos meramente biológicos, torna a contextualização das dimensões subjetivas e a compreensão dos determinantes sociais e ecológicos do processo saúde-doença<sup>1,2,3,4</sup> tarefa bastante inglória, se não praticamente impossível. Como exemplo, Giovanni Berlinguer (1988, pág. 16)<sup>5</sup>, médico e notável pesquisador, assinalava a complexidade de conceituar “a doença” – título dado ao seu livro – na medida em que lhe parecia não haver nenhuma definição que pudesse ser suficiente precisa para sua adequada caracterização. De fato, como refere Nogueira (2012)<sup>6</sup>, o atual modelo de formação médica – o qual desloca a experiência clínica e a observação da vida para o olhar anatomoclínico, ordenado pela morte – tem se mostrado limitado e inadequado para responder as complexas demandas de saúde do ser humano.

A falta de integração do processo de aprendizagem aos serviços de saúde, de uma melhor parceria entre as universidades e setores da sociedade civil e comunidades e sem uma visão de integralidade têm corroborado para a inadequação do atual modelo de educação médica às demandas sociais ou, de forma mais categórica têm causado a inadequação da formação médica para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>6, 7</sup>.

Diante então da percepção da inadequação do atual modelo do ensino de medicina apontada acima, que tipo de influências poderiam advir na trajetória de formação profissional do estudante de medicina – ou até mesmo antes de vir a ser – sob o modelo biomédico reducionista e de seus processos de produção do conhecimento e de prática profissional?

Fiore *et al* (2005)<sup>8</sup> realizaram estudo a partir de entrevistas com 40 médicos – reconhecidos entre os pares e a sociedade civil –na cidade de São Paulo. Os autores referem que a formação da identidade médica e de sua prática – notadamente suas percepções e seu comportamento – são influenciadas pelo estrato social e econômico de origem de cada indivíduo e que a escolha da profissão e da especialidade pode estar sujeita à estratégias familiares de ascensão e de manutenção do poder. Em outra investigação relevante – realizada com 202 alunos e 60 egressos de uma Escola Médica no interior do Estado do Rio de Janeiro –, Cabral Filho e colaboradores (2004)<sup>9</sup> apontam importantes influências na trajetória de formação médica sob a ótica reducionista. A

assustadora “escolha precoce” de uma especialidade médica é regularmente aceita e até mesmo estimulada por muitas instituições de ensino. A existência de “pseudo-especialistas” - enquanto ainda estudantes de medicina já desinteressados por áreas básicas consideradas essenciais, como pediatria, clínica médica e ginecologia – é frequentemente observada<sup>9</sup>.

Há diversos fatores que levariam à escolha de (sub)especialidades de forma precoce. Destaque-se os avanços tecnológicos, a influência das forças de mercado e do seu monopólio do saber com o exercício da prática profissional especializada – contextualizada no complexo médico industrial (CMI) instalado no século XX –, estimulada ainda pelas ideias (neo)liberais e voltada para a atenção individual. Ademais, destaque-se a preeminência da ideologia dominante na classe médica – por vezes perpetuada na própria família por parentes também médicos, como pais e irmãos – que reconhece nas (sub)especialidades que incorporem maior carga tecnológica – como cirurgia, oftalmologia, dermatologia e oncologia –, a possibilidade de obtenção de maior prestígio financeiro e social. Este processo se dá em detrimento daquelas especialidades mais ligadas à saúde coletiva e com menor carga tecnológica, como pediatria, doenças infecciosas e saúde coletiva, as quais potencialmente trariam menor retorno financeiro e reputação social<sup>8,9</sup>. Desta feita, compreende-se que o trabalho médico também não poderia ser dissociado da complexa trajetória histórica que produziu e acumulou saberes e práticas próprias, inscritas em um contexto sociopolítico, notoriamente aquele representado pela acumulação capitalista e pelo seu avanço biotecnocientífico na era pós-industrial. Neste arranjo, a “especialização” torna-se uma ótima resposta para as expectativas da sociedade contemporânea<sup>10</sup>, de modo que a adesão precoce à especialidade pelo estudante de medicina acaba por estimular e justificar não só a futura segmentação do trabalho médico, como, também, por provocar a perda do raciocínio clínico – semiológico – e da percepção da globalidade inerente à formação do generalista<sup>9</sup>. Cabe, pois, então indagar: Como as escolas médicas, criadas para formar profissionais para a sociedade brasileira, respondem atualmente às demandas menos centradas em doenças e mais focadas no cuidado e nas genuínas necessidades de saúde da população? Quais estratégias políticas e pedagógicas poderiam ser utilizadas para lidar com o pressuposto da integralidade do cuidado e para minimizar a possível pressão para a escolha precoce de uma especialidade pelos estudantes?

Tais indagações levam, inevitavelmente, às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN) e aos programas governamentais de estímulo às mudanças curriculares – mormente aqueles dirigidos às escolas médicas – lançados nos últimos dez anos. Através de uma articulação envolvendo o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, foram criados (1) o Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares em Medicina (Promed, 2002); (2) o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE, 2005) e, mais recentemente, (3) o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde, 2010). Tais Programas estimularam uma melhor articulação entre as instituições de formação e o sistema de saúde e a real possibilidade de modificação desta condição 10,11,12,13.

Dentre as principais estratégias pedagógicas defendidas por tais iniciativas podem ser ressaltadas duas: a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem e a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MAEA).

Em relação à primeira estratégia, os novos cenários podem figurar como eixo educacional para a aprendizagem de uma medicina mais próxima das pessoas. Segundo as DCN, o SUS – através de suas unidades de saúde – deve receber os graduandos logo nas primeiras séries do curso, não somente como meros observadores, mas como efetivos participantes – de acordo com seu nível de conhecimento. Estas Unidades possibilitam ainda as mais díspares circunstâncias, tais como aquelas atinentes à relação usuário/profissional, comunicação diagnóstica e abordagem terapêutica, aspectos estes regidos por variantes sociais, econômicas, culturais e locais<sup>14,15</sup>. Neste sentido pode-se citar o oportuno estudo etnográfico de Nogueira (2012)<sup>6</sup> a partir da experiência da reforma curricular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), em Niterói, com a disciplina *Trabalho de campo supervisionado*. Nesta disciplina os alunos do curso de medicina são inseridos em cenários da vida real (unidades básicas de saúde) além de cenários sociais e de organizações não governamentais. Segundo a autora a construção de um novo olhar mais ampliado sobre o sujeito e sobre a produção de cuidados na atenção básica é factível e pode estar coerente com um projeto político e ético-humanista que reconhece no SUS um catalisador das transformações requeridas na educação médica. Portanto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) – a partir da



inserção de alunos em unidades básicas de saúde da família (UBSF), desde os primeiros períodos dos cursos de graduação em medicina – pode ser extremamente relevante para o ensino da medicina, na medida em que é considerada o modelo de reorganização da atenção primária à saúde (APS) – ou da atenção básica à saúde – no âmbito do SUS<sup>16</sup>.

No que diz respeito ao uso das MAEA, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) vem se tornando extremamente importante, na medida em que situa o estudante no centro do processo de ensino-aprendizagem, como protagonista de seu próprio processo de formação<sup>17,18</sup>. Toralles-Pereira (2004, p. 780-781)<sup>19</sup> chama a atenção para o papel humanizador que o ensino dos profissionais de saúde deve assumir, ressaltando a importância das estratégias de MAEA neste processo:

O processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos.[...]

No entanto, apesar da existência destes programas governamentais de estímulo às mudanças curriculares e das DCN, as discussões e reflexões sobre a capacidade de formar médicos – e outros profissionais de saúde – capazes de “*cuidar do florescer da vida*”, como referido por Vasconcelos e colaboradores (2006, p. 265)<sup>20</sup>, trazem a tona os impasses recorrentes que ainda permeiam o ensino médico brasileiro como já apontado. Para Fleuri (2006, p. 250-259)<sup>21</sup> o “cuidar do outro”, “o cuidar de si”, “o aprender juntos”, “o comprometer-se politicamente” são exemplos de termos provenientes de práticas de extensão universitária orientadas pela educação popular – e do forte contato com a miséria e do encontro (trágico) com a morte –, mas ainda frequentemente distantes dos currículos de muitas escolas médicas como também apontado por Cotta *et al* (2007)<sup>22</sup>.

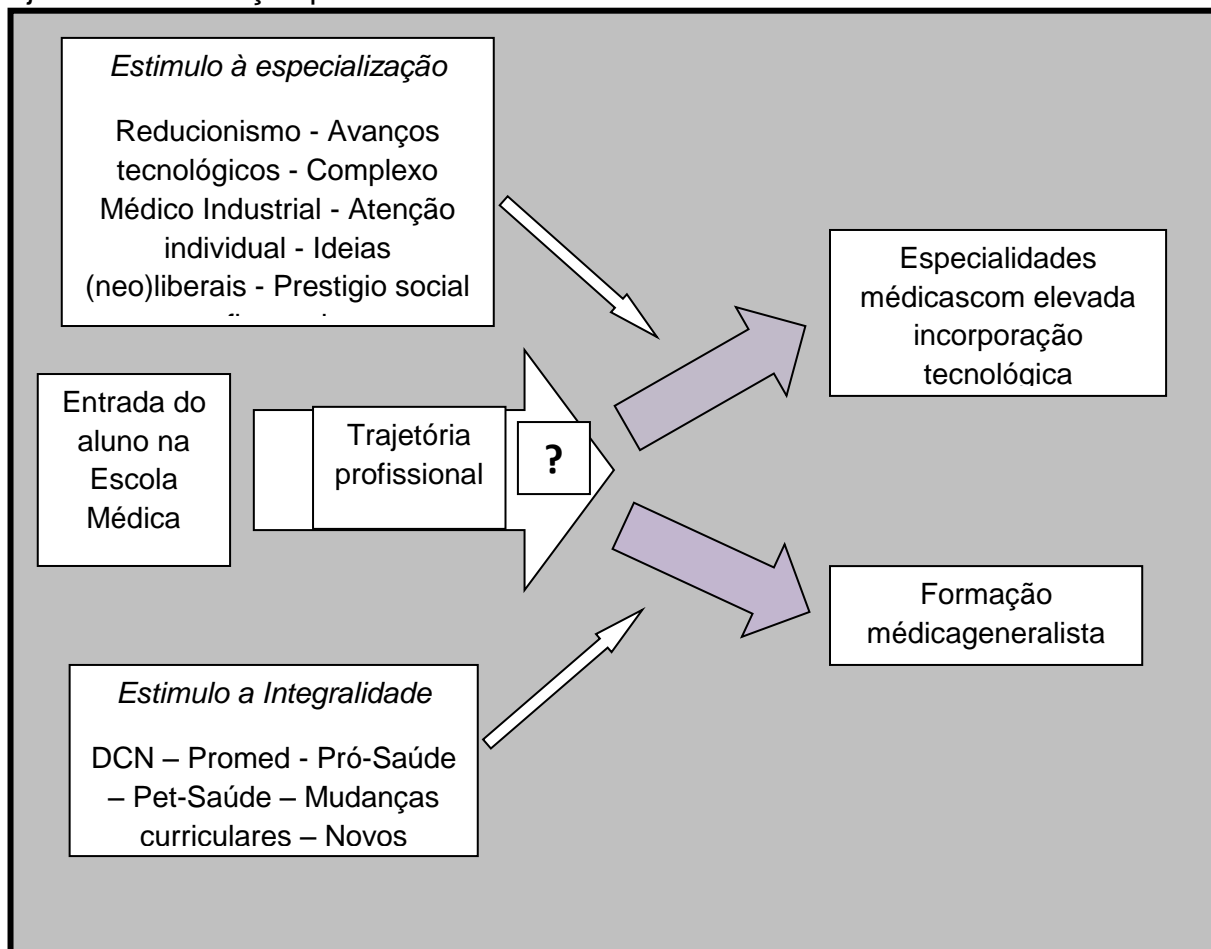
Tais aspectos podem ser considerados como marcos na compreensão do atual olhar médico, que pouco a pouco naturalizaria uma prática frequentemente opressora permeada pelo ensino autoritário e pelo distanciamento da vida <sup>20</sup>. Por outro lado, a “problematização da vida” e o estudo cada vez maior das “ciências da vida” têm se tornado temas recorrentes – sobretudo na educação médica – passíveis, ainda, de constantes redefinições e transformações<sup>23</sup>. Há, sim, *jardins de inverno nas universidades aparentemente frias* onde se formam os

profissionais de saúde, como afirmou Vasconcelos e colaboradores (2006)<sup>20</sup>, a partir dos depoimentos e vivências de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e de estudantes de graduação destes cursos. São relatos dotados de espírito crítico e que expressam a resistência à naturalização das condições (discutidas acima) e de sua enculturação no âmbito das escolas médicas. Sobretudo, são personagens que demonstram a indignação e a inconformidade com o atual modelo fragmentador de ensino em saúde ainda recorrente nas universidades brasileiras<sup>20</sup>.

É precisamente sobre esses “jardins de inverno” que o presente estudo se debruça, ao abordar a trajetória de formação médica sob um novo modelo curricular promovido no Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO). Seriam os referidos “jardins da reforma curricular” capazes de se legitimar como possíveis respiradouros para a retomada de conceitos adormecidos – e tão fundamentais à prática médica – como “integralidade e humanização” e ultrapassar o discurso da “necessária escolha precoce de uma especialidade médica por seus estudantes”?

O UNIFESO – situado em Teresópolis-RJ –, em concordância com as premissas de transformação do ensino de medicina já discutidas, definiu em 2005 um novo modelo curricular centrado na ABP e na inserção precoce em cenários vivos de ensino-aprendizagem (UBSF) a partir do primeiro período do curso<sup>24, 25</sup>. Com base nessas conjecturas, objetivou-se neste trabalho analisar as possíveis influências existentes na trajetória de formação profissional do graduando em medicina do quinto período, a partir da referida mudança curricular uma vez que podem ser considerados como protagonistas e a referência maior destas transformações curriculares da Instituição. Demonstra-se a partir do diagrama da figura 1 a seguir, as influências presentes na trajetória de formação profissional do estudante de medicina.

Figura 1. Diagrama representativo sobre as influências presentes na trajetória de formação profissional do estudante de medicina



## MÉTODOS

A pesquisa foi de natureza qualitativa com a utilização de análise temática tendo sido realizada no UNIFESO, situado no município de Teresópolis, Rio de Janeiro, com alunos matriculados regularmente no quinto período do Curso de Graduação em Medicina. A escolha desse grupo de alunos foi motivada tanto por já terem realizado experiências nos cenários das UBSF como pelo uso da ABP. Optou-se por estabelecer um número de alunos definido pelos critérios propostos por Minayo (1999 p. 209)<sup>26</sup>, segundo os quais, na pesquisa qualitativa em saúde a amostra deve responder às normas de validade tais como representatividade, exaustividade e pertinência.

Minayo (1999)<sup>26</sup> refere que no caso da análise temática, esta se utiliza da “contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do discurso”. Desta forma é importante ressaltar que na “contagem” referida acima foi obedecido o critério de “saturação de respostas” como descrito por Fontanella e colaboradores (2008, p. 391-392)<sup>27</sup>. Estes autores apresentam um interessante estudo a respeito do “tamanho da amostra” em pesquisa qualitativa. Em

*Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica*, sugerem – a título de transparência quanto ao critério de amostragem e de confiabilidade em relação aos dados coletados e analisados em pesquisa qualitativa – oito passos procedimentais para constatação da saturação teórica. Destacam que os elementos iniciais e intermediários – passos de 1 a 5 – representariam a disponibilização dos dados brutos, a compilação de temas, enunciados e a criação de categorias, enquanto nos três últimos aspectos seria possível verificar a “saturação de respostas semelhantes ou iguais” a partir da percepção dos enunciados recorrentes quando alocados, por exemplo, em uma tabela, na qual pela soma dos temas ou enunciados de cada entrevista realizada seria constatada a saturação das categorias apresentadas e, portanto, a interrupção da captação de novas entrevistas. Entretanto, referem os autores que a recorrência não é por si só o aspecto mais importante, pois “*apenas revela o que teria sido mais comumente enunciado em uma amostra intencional*”; desde esta perspectiva, enunciados ou temas que surgiram uma única vez devem também ser analisados, pois podem dizer respeito a “produtos de visões mais abrangentes ou profundas de um participante em particular”, aspecto este que também foi considerado neste estudo.

Com efeito, o número final de alunos – tendo em vista os critérios assinalados acima – foi de 29 estudantes entrevistados, dentre todos os matriculados regularmente no quinto período ( $n = 72$  discentes) – ou seja, aproximadamente 40% destes. As entrevistas foram realizadas no Campus Sede do UNIFESO, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalte-se que a investigação foi realizada a partir da aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIFESO (Memorando de Aprovação nº. 166/08). O protocolo está em consonância com o estabelecido na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares <sup>28</sup>.

As entrevistas – com 15 estudantes do sexo masculino e 14 do sexo feminino – foram realizadas sem a utilização de estratégias específicas para gerar uma amostra aleatória, senão a partir da abordagem dos alunos nas salas de aulas. Excluíram-se aqueles que foram alunos do pesquisador a fim de evitar distorções durante a pesquisa. As idades variaram entre 20 e 27 anos, sendo o predomínio entre 20 e 23 anos. O ponto de partida foi a seguinte pergunta aberta: *O novo modelo curricular adotado pelo UNIFESO no Curso de Medicina está*

*tendo alguma influência na sua trajetória profissional?* É importante ressaltar que a questão formulada acima ao referenciar “o novo modelo curricular adotado” contempla dois aspectos indissociáveis abordados neste estudo e já enunciados - inserção na UBSF desde o 1º período e uso da ABP - uma vez que o novo currículo do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO adotou-os em conjunto. A partir destas duas condições analisou-se a *percepção da receptividade e da influência que poderia haver na trajetória profissional dos graduandos sob o novo modelo curricular.*

Inicialmente, foram realizadas oito entrevistas – a título de estudo piloto do roteiro de entrevista. Assim, verificou-se o grau de compreensão da questão efetuada pelo entrevistador, bem como sua habilidade em não induzir ou direcionar respostas. Vale ressaltar aqui um aspecto importante: houve um período de seis anos em que a Instituição esteve sob dois modelos curriculares: o tradicional e o novo, sob o uso de ABP e inserção em UBSFs desde os primeiros períodos. Desta forma era marcante a distinção entre os modelos curriculares para os alunos e, portanto não houve dificuldades na percepção do que era considerado como novo currículo.

Os dados obtidos foram apreciados através do processo de “Análise Temática”, o qual, segundo Minayo (1999)<sup>26</sup>, é a que melhor se adequa à investigação qualitativa do material sobre saúde. Foram obedecidas as três etapas operacionais da Análise Temática: (1) *pré-análise*, decomposta em leitura fluente, constituição do *corpus* e formulação de hipóteses e objetivos a partir das respostas dos entrevistados; (2) *exploração do material*; e (3) *tratamento dos resultados obtidos e interpretação*. Na segunda fase foi incluída a análise das questões em categorias<sup>26</sup>.

Bardin (2004)<sup>29</sup> define que as categorias seriam *rubricas* – ou classes reunidas – a partir de um grupo de elementos definidos também como unidades de registro – sob um título genérico – e agrupadas em razão de características comuns desses elementos. Refere, ainda, três elementos essenciais para compô-las: (i) *pertinência*, ou seja, possuir uma ideia de adequação ótima, refletindo as intenções da pesquisa; (ii) *objetividade e fidelidade*, procurando a codificação de uma mesma maneira, evitando a “subjetividade e a variação de juízos” na escolha de categorias; e, por fim, (iii) *produtividade*, na qual “um conjunto de categorias é considerado produtivo se fornece resultados férteis: férteis em índices de

inferências, em hipóteses novas e em dados exatos”. Procurou-se seguir tais princípios na análise das respostas dos entrevistados.

O critério adotado de categorização desta pesquisa foi o semântico, ou seja, procurou-se criar categorias por temas de acordo com as respostas fornecidas<sup>29</sup>. A análise geral – no bojo da investigação – levou em consideração a frequência absoluta das expressões referidas para compor cada categoria, e a combinação do número destas expressões pelos estudantes, analisando, assim, o número de alunos entrevistados e suas categorias referidas em frequência relativa – porcentagem. Essas categorias – como já definido – foram criadas a partir de expressões, termos ou ideias citadas nas respostas, sendo divididas em dois grupos de categorias. O primeiro grupo inclui aquelas classificadas como “*potencialmente suscitadoras de influenciar a trajetória profissional do graduando de medicina*”, uma vez que representam algum grau de reflexão ou questionamento para a transformação, modificação ou melhor percepção de sua trajetória profissional; o segundo grupo como “*potencialmente não suscitadoras de influenciar a trajetória profissional do graduando de medicina*”, já que parecem representar pouco ou nenhum grau para modificação desta trajetória, embora não se negue, a rigor, que esta condição não possa ainda suscitar reflexões ou questionamentos. Para efeito de síntese, foram definidas como “categorias suscitadoras” e “categorias não suscitadoras”.

Optamos ainda por *problematizar* cada uma das categorias apresentadas nos dois grupos a partir das expressões apresentadas nas entrevistas a partir de sua aceção verbal – verbo *problematizar* –, tendo como significado “oferecer a forma de um problema”. Este foi um artifício utilizado pelos autores para desnaturalizar e desconstruir expressões tidas como “certas ou erradas” ou “verdadeiras ou falsas” obtidas nestas entrevistas. Tal artifício permite repensar o que seria normativo, questionar de alguma forma, de onde surgiria essa normatividade, relativizando conceitos e possíveis significados de seus discursos. Foram identificadas quatro categorias como *suscitadoras de influenciar a trajetória profissional do graduando de medicina*:

*Humanização*

*Estímulo ao estudo*

*Segurança com o paciente*

*Influência presente (principalmente na especialidade)*

Esta última categoria expressa predominantemente – e, portanto, não somente – as reflexões a respeito de uma possível influência sobre a escolha (ou ainda não) de uma especialidade, tendo sido desmembrada em duas para melhor identificá-la:

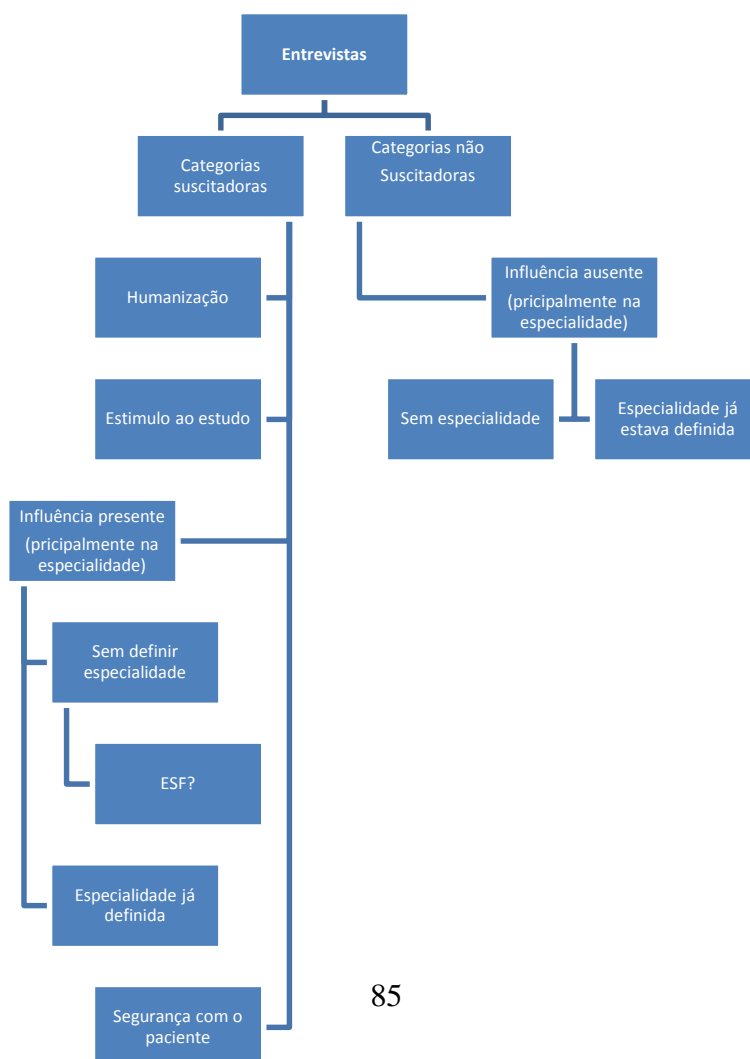
- “*influenciando, mas sem definição ainda da futura especialidade*”; e
- “*influenciando, mas com a especialidade já definida*” (modifica a maneira de ver a especialidade já definida, sem mudá-la).

Somente uma categoria foi contemplada como “não suscitadora de influenciar a trajetória profissional do graduando de medicina”, definida então como “*influência ausente (principalmente na especialidade)*”. Esta categoria também foi referida “principalmente” à influência sobre a escolha (ou ainda não) de uma especialidade médica tendo sido igualmente desmembrada em:

- “*sem influência e sem especialidade definida*”; e
- “*sem influência, com especialidade já definida*”.

Todas as categorias criadas a partir das entrevistas e seus respectivos desmembramentos encontram-se melhor exemplificados na figura 2, a seguir:

Figura 2. Organograma com as categorias criadas e suas subdivisões a partir da realização de entrevistas:



Optou-se, como já descrito, pela contagem dos enunciados ou expressões que compuseram cada categoria a fim de aferir aquela que obteve a maior frequência e, portanto, maior relevância numérica. Identificou-se a frequência em números absolutos – frequência absoluta (FA) de cada categoria, conforme explicitado nas tabelas criadas para uma melhor análise comparativa, com a incorporação de frequências relativas (FR) – ou porcentagens (arredondadas) – dos estudantes que a expressaram<sup>30</sup>.

Cada entrevistado pode emitir mais de uma expressão. Portanto, a soma do número de expressões não é necessariamente igual ao número total de entrevistados. Da mesma forma, a soma da porcentagem destes estudantes não é igual a 100%, mas uma porcentagem maior que 100%, porque, como já explicado, há sobreposição de expressões para cada um dos estudantes.

A análise final deste trabalho considerou a categoria com a maior frequência absoluta como sendo aquela de maior significado e potencial para despertar novas reflexões ou até modificações na trajetória profissional do graduando de medicina do UNIFESO, embora não se possa desconsiderar também a importância e a significação daquelas categorias de menor frequência absoluta na análise deste estudo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A verificação da receptividade diante da transformação curricular foi um dos achados mais importantes, na medida em que 80% de “todas” as expressões contempladas neste estudo (FA total = 40 expressões) encontram-se nas categorias “suscitadoras” (FA = 32 expressões). Ademais, a análise dos resultados permitiu uma interessante reflexão – e talvez a mais importante consideração realizada neste estudo – sobre a validade do estudante de medicina ter necessariamente realizado uma escolha (precoce) de alguma especialidade médica ou seguir uma formação como médico generalista, conforme melhor explicitado nas Tabelas 1, 2 e 3.

Percebe-se que a maior parte dos entrevistados parece ser influenciada pela transformação curricular – ou seja, com a inserção na UBSF já no 1º período e o uso da ABP – a ponto de haver, por exemplo, uma frequência absoluta de 16 – a maior de todas – na categoria “*influência presente* (principalmente na especialidade)”. Nota-se que a influência da transformação curricular não traz



necessariamente uma definição de especialidade, mas pode modificar uma especialidade já definida e suscitar outra em seu lugar; ou, ainda, suscitar alguma(s) sem que tivesse qualquer especialidade escolhida previamente, conforme é verificado nas expressões dos estudantes que se encontram na tabela 1 mais abaixo.

Portanto, aparentemente para o estudante entrevistado, refletir se um novo modelo curricular seria capaz de influenciar ou não sua “trajetória profissional” é quase como lhe perguntar se ele tem ou não alguma dúvida de que especialidade ele estaria pensando em seguir, e não se sua formação como generalista – que, de fato, é como este se formará – está gerando ou não alguma nova reflexão ou modificação. Esta resposta ocorreu para 55% dos entrevistados classificados dentre as “categorias suscitadoras” e ainda em 28% dos entrevistados para as “categorias não suscitadoras”, ou seja, 83% dos entrevistados remeteram imediatamente à ideia da especialidade quando questionados sobre sua trajetória profissional. Em última análise parece aqui ser quase obrigatório (re)significar o termo “trajetória profissional” como “especialização médica”, ainda que estes discentes estejam sob um novo modelo curricular, como é o caso analisado neste estudo.

É interessante notar que a adoção do novo modelo curricular estimula o estudo (FA = 9), como referido nas falas: “incentiva a estudar” ou “me ensinou a buscar sempre”, expressas na categoria “*estímulo ao estudo*”, compreendida entre as “categorias suscitadoras”, aspecto este fundamental e que evidencia o papel estimulador da ABP e/ou da inserção na UBSF.

Destaca-se neste estudo a categoria suscitadora “*humanização*”, que apesar de ter apresentado o menor número absoluto (FA = 06), representa importantes reflexões dos estudantes sobre o conceito de saúde e sobre o processo de adoecer. Esses afirmam que se sentem “mais humanizados” e que a partir desta percepção estariam repensando suas especialidades, como pode ser verificado em suas expressões na tabela a seguir: “*não vejo mais o paciente como doença, vejo como ser humano e percebo como somos vulneráveis*”.

Foi observado ainda nesta mesma categoria – *humanização* – que os entrevistados consideraram a condição do novo modelo curricular como suscitador de modificações de valores em sua própria vida – e não somente do ponto de vista da sua trajetória de formação profissional da especialidade médica que deverá seguir: “*mudou meu olhar sobre a vida e a realidade. Não vivemos em*

*um mundo ideal, temos que ajudar com o que podemos nos exames e nos remédios”; ou ainda, “o novo modelo exercita a visão geral e mais humanizada do paciente e isto irá marcar para sempre minha vida profissional”.*

Em relação às respostas e expressões apresentadas ainda na categoria suscitadora: *“influência presente (principalmente na especialidade)”*, verificou-se que a inserção na UBSF no 1º período e as MAEA parecem ser suficientes para “despertar” o interesse do estudante de medicina para o cenário no qual o mesmo já está inserido, conforme preconizam as DCN<sup>10</sup>. Respostas como: *“queria fazer dermatologia e agora tenho dúvidas... gostei do estilo do PSF”*; *“influenciou muito, se tivesse no tradicional nunca pensaria em fazer PSF”* ou ainda, *“a função do médico é cuidar e vi que no PSF realmente se cuida e tem uma relação mais íntima com o paciente”*, parecem remeter a esta condição, na medida em que estes estudantes já cogitam a atuação em saúde da família. Percebe-se, portanto, que esta transformação curricular – com a inserção na UBSF e o uso da ABP – pode potencializar a opção pela especialidade de médico da família.

Por outro lado, ao se problematizar as categorias suscitadoras, algumas indagações devem ser feitas, como exemplificadas na Tabela 1:

(1) De que forma pode-se oferecer efetivamente um sentido de humanização para o estudante?

(2) O estímulo referido pela mudança curricular seria estritamente ao estudo ou existiriam outros estímulos com este novo modelo?

(3) Novas práticas significam novas especialidades ou um novo olhar sobre as especialidades já escolhidas?

(4) Há influências na sua formação como generalista?

Percebe-se que apesar da receptividade e de novas reflexões sobre a trajetória profissional – ou especialidades – que o estudante vivencia a partir do novo currículo, as problematizações apontadas poderia oferecer de fato, diversos olhares ao graduando da escola médica.

Já em relação às categorias “não suscitadoras” obteve-se a FA = 08, ou seja, 20% das expressões referidas à questão formulada sugerem que o novo modelo parece não suscitar influência na trajetória de formação profissional destes discentes, não alterando uma especialidade que já tivesse definida e, tampouco, inclinando-os a alguma especialidade, ainda que não tivessem referido alguma opção prévia. Nestas respostas foram constatadas, ainda, críticas às MAEA e às atividades na UBSF, conforme se verifica na Tabela 1.

Já em relação à problematização apresentada para estas categorias, as indagações se tornam ainda mais importantes, como também exemplificadas na Tabela 2:

(1) Por que não estimula novas especialidades?

(2) O novo currículo possui problemas? Quais seriam?

(3) Quais seriam as resistências ou haveria um planejamento equivocado das atividades, por exemplo, neste cenário?

(4) Que aspectos levam ao aluno a optar precocemente por uma especialidade que não seja passível de questionamento ou modificação?

Essas questões devem ser consideradas, uma vez que podem oferecer importantes reflexões para o aprimoramento curricular – tanto para os tutores envolvidos com a ABP, quanto para os preceptores dos cenários de prática. A existência ou não desta receptividade por parte do estudante pode estar ligada à qualidade do planejamento curricular institucional.

Em síntese, verificou-se que a trajetória de formação profissional do discente é *influenciada* pela reforma curricular do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO. Oitenta por cento das expressões remetem a ideias não só de questionar, refletir, transformar ou somente endossar a especialidade médica pretendida, como, ainda, possibilitam reflexões sobre suas atitudes como futuros médicos.

Abaixo seguem as tabelas 1 e 2 com as categorias criadas e as ideias ou expressões “suscitadoras” e “não suscitadoras” correlacionadas, além da respectiva problematização sugerida a partir da questão formulada. Optou-se por manter as expressões dos alunos na primeira pessoa, no intuito de preservar sua fala/expressão de modo fidedigno. A Tabela 3, apresentada mais adiante, oferece de forma sintética, para efeito comparativo, a FA e a FR das expressões apresentadas na questão formulada pelo presente estudo.

É apresentada, ainda, a figura 3 deste estudo que representa a proporcionalidade – tamanhos dos balões – das categorias elaboradas a partir das respostas dos alunos entrevistados.

**Tabela 1. Relação de categorias suscitadoras criadas a partir de ideias e/ou expressões, sua frequência e referência nos estudantes e problematização correlacionada na questão: “O novo modelo curricular adotado pelo UNIFESO na Faculdade de Medicina está tendo alguma influência na sua trajetória profissional?” – Teresópolis – 2008.**

CATEGORIAS SUSCITADORAS E EXEMPLOS DE IDEIAS/EXPRESSÕES REFERIDAS	PROBLEMATIZAÇÃO	Freq. absoluta	Freq. Relat. (%)
<p><b>Humanização</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “O novo modelo exercita a visão geral e mais humanizada do paciente e isto irá marcar para sempre minha vida profissional”;</li> <li>▪ “mudou meu olhar sobre a vida e a realidade. Não vivemos em um mundo ideal, temos que ajudar com o que podemos nos exames e nos remédios”;</li> <li>▪ “a função do médico é cuidar e vi que no PSF realmente se cuida e tem uma relação mais íntima com o paciente”;</li> <li>▪ “não vejo mais o paciente como doença, vejo o paciente como ser humano e percebo como somos vulneráveis”;</li> <li>▪ “me aproximou mais do paciente e acho que vou ter mais facilidade com o mesmo”.</li> </ul>	<p><i>De que forma pode-se oferecer um sentido de humanização para o estudante?</i></p>	<b>06</b>	<b>21%</b>
<p><b>Estímulo ao estudo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Estimula o estudo”;</li> <li>▪ “corre atrás do que você quer!”;</li> <li>▪ “me ajudará após o término da faculdade”;</li> <li>▪ “incentiva a estudar”;</li> <li>▪ “me ensinou a buscar sempre”.</li> </ul>	<p><i>Seria só o estímulo ao estudo ou há outros estímulos?</i></p>	<b>09</b>	<b>31%</b>
<p><b>Influência presente (principalmente na especialidade)</b></p> <p><u><i>Influenciando, mas sem definição de especialidade</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “A inserção na prática desde os primeiros períodos me possibilitou entrar em contato com diversas especialidades”;</li> <li>▪ “me fez pensar em várias especialidades”.</li> <li>▪ “Muda muito, mas ainda não tenho definição de especialidade”;</li> <li>▪ “o cenário precoce já apura nossa visão, mas ainda não sei”;</li> <li>▪ “a abordagem prática está me auxiliando muito em relação às minhas escolhas e na minha própria habilidade”;</li> <li>▪ “queria fazer dermatologia e agora tenho dúvidas... gostei do estilo do PSF”;</li> <li>▪ “influenciou e todo semestre eu mudo de especialidade porque o método te coloca frente à prática e te incita muito”;</li> <li>▪ “influenciou muito, se tivesse no tradicional nunca pensaria em fazer PSF”;</li> <li>▪ “verifiquei que não devo fazer uma especialidade que tenha este <i>approach</i>, este calor humano; quero ser mais prático”.</li> </ul> <p><u><i>Influenciando, mas com a especialidade já definida (modifica a maneira de ver a especialidade)</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Influenciou, mas acho que intensificou o gosto pela geriatria que eu já tinha”;</li> <li>▪ “já tinha alguma inclinação para a clínica médica e me aguçou mais ainda”;</li> <li>▪ “pensava na cardiologia, mas agora com uma percepção diferente”;</li> <li>▪ “o contato precoce me fez ter mais apreço a psiquiatria, que já era uma especialidade pretendida”.</li> </ul>	<p><i>Novas práticas significam novas especialidades? Há influências na sua formação como generalista? A prática na UBSF estimula de fato o aluno a optar pela Saúde da Família? Que referenciais teórico-práticos podem ser utilizados neste cenário para reflexão da escolha da especialidade a seguir?</i></p>	<b>16</b>	<b>55%</b>
<p><b>Segurança com o paciente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Sinto-me mais segura com o paciente, o exame físico, por exemplo, fica mais fácil”.</li> </ul>	<p><i>Por que esta segurança é melhor exercida no cenário de prática? Não poderia, pelo contrário, amedrontar?</i></p>	<b>01</b>	<b>3%</b>
<b>Total:</b>		<b>32</b>	<b>-</b>

**Tabela 2 - Relação da categoria não suscitadora criada a partir de ideias e/ou expressões, sua frequência e referência e problematização correlacionada nos estudantes na questão: “O novo modelo curricular adotado pelo UNIFESO na Faculdade de Medicina está tendo alguma influência na sua trajetória profissional?” – Teresópolis – 2008.**

CATEGORIAS NÃO SUSCITADORAS E EXEMPLOS DE IDEIAS/EXPRESSÕES REFERIDAS	PROBLEMATIZAÇÃO	Freq. absoluta	Freq. Relat. (%)
<p>Influência ausente (principalmente na especialidade).</p> <p><u>Sem especialidade</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Não sei o que vou fazer e não acho que tenha influência”;</li> <li>▪ “não sei e não influenciou”;</li> <li>▪ “dúvidas em neurologia e cardiologia, mas não me senti influenciado”.</li> </ul> <p><u>Especialidade já estava definida</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Sem influência e desde o início do curso penso na área de ortopedia e trauma e até agora não mudei de opinião”;</li> <li>▪ “Não mudou em nada, ainda quero fazer o que já pensava, e a visão biopsicosocial vem da minha consciência e do que acredito”;</li> <li>▪ “desde que entrei penso em fazer cardiologia, e não me senti influenciado”.</li> </ul>	<p><i>Por que não estimula novas especialidades?</i></p> <p><i>O novo currículo possui problemas? Quais seriam?</i></p> <p><i>Quais são as resistências – estas de fato existem - ou há um planejamento equivocado das atividades, por exemplo, neste cenário?</i></p> <p><i>Que aspectos já levam o aluno a possuir uma especialidade que não seja passível de modificação?</i></p>	<b>08</b>	<b>28%</b>
Total		<b>08</b>	-

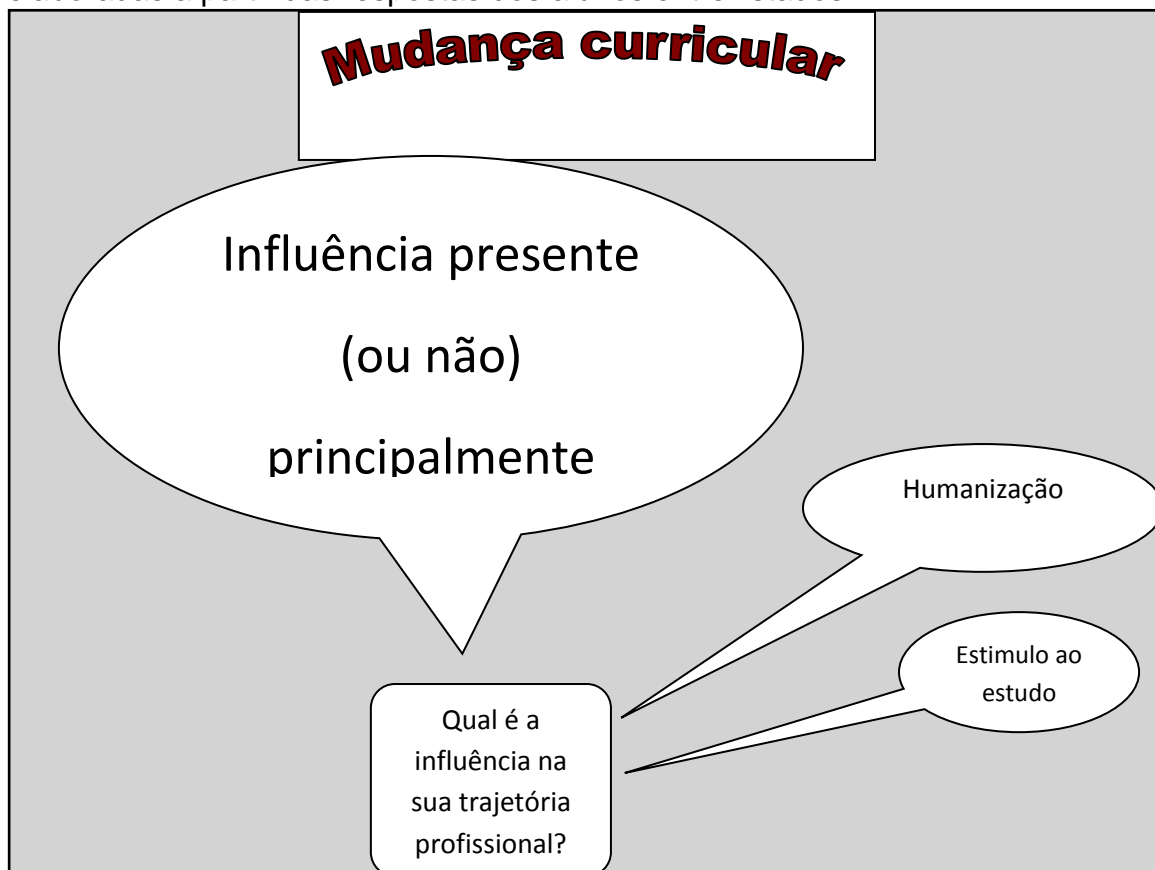
**Tabela 3 – Relação entre as impressões suscitadoras e não suscitadoras referidas na questão: “O novo modelo curricular adotado pelo UNIFESO na Faculdade de Medicina está tendo alguma influência na sua trajetória profissional?” – Teresópolis – 2008.**

Questão	Expressões de possível influência	Expressões de não influência	Total
Influência na trajetória de formação profissional	<b>Freq. absoluta = 32*</b>	<b>Freq. absoluta = 08*</b>	<b>40</b>
	<b>Freq. relativa = 80%**</b>	<b>Freq. relativa = 20%**</b>	<b>100%</b>

\*F.A.: Frequência Absoluta de expressões emitidas

\*\*Porcentagem obtida a partir da relação entre a frequência absoluta de cada uma destas expressões com o número total de expressões apuradas.

Figura 3. Diagrama representativo da proporcionalidade das categorias elaboradas a partir das respostas dos alunos entrevistados.



### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação permitiu delimitar um contexto no qual as transformações curriculares realizadas no Curso de Medicina do UNIFESO – consoantes às DCN e aos recentes programas do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde – parecem estar suscitando não só reflexões sobre que novas especialidades o graduando poderá escolher ou reforçando aquelas já previamente escolhidas, mas, sobretudo despertando referenciais que parecem ser essenciais na formação médica, como a humanização. Estes aspectos são fundamentais uma vez que discutir a trajetória profissional com o estudante de medicina parece remeter à especialização, condição esta praticamente indissociável de sua formação como médico. Em outras palavras, é como afirmar que “ser médico” é “ser um especialista”. Neste sentido, compreende-se que a opção por ser um especialista é apenas a extensão da lógica reducionista que permeia o ensino médico. Portanto, torna-se possível questionar: Como formar de fato generalistas em meio ao universo ainda frequentemente reducionista do ensino médico? Como produzir mudanças genuínas em meio às demandas do atual complexo médico

industrial e de seus avanços tecnológicos e em meio ao reconhecimento da especialização como clímax do prestígio social e financeiro? Em relação ao SUS: qual será seu futuro se não houver um comprometimento da formação médica coerente às suas reais e necessárias demandas sociais?

Desta forma parece ser necessário que as escolas médicas reflitam junto aos seus alunos sobre o sentido de vocação médica, a qual é vista pelo ingressante da escola médica, inicialmente, de uma perspectiva humanitária centrada na ajuda ao próximo. A vocação, de certo modo romantizada, acaba se diluindo na medida em que transcorre o curso de medicina, transformando-se a visão humanista, pouco a pouco, em orientação para a especialidade (mais rentável), inscrita em uma lógica de mercado<sup>6, 20,21</sup>. Nesta lógica, a escola médica *não* pode correr o risco de deixar de cumprir um papel fundamental – oferecer oportunidades para a formação de um generalista capaz de atuar na lógica da integralidade – para formar pseudo-especialistas (na medida em que formar especialistas é uma prerrogativa da residência médica). Trata-se de evitar uma ruptura nos sentidos da integralidade, na medida em que a medicina – etimologicamente ligada à física e representada como uma “ciência da natureza” - segmentar-se-ia tal qual - *órgãos sem corpo*<sup>31</sup>- abandonando sua acepção original e seu significado como ciência da vida<sup>23</sup>.

Neste aspecto, termos como integralidade e visão biopsicosocioambiental devem ser incorporados em toda sua essência, e considerados e entendidos como suscitadores de um novo perfil de estudante que favoreça a formação de um profissional sensível às demandas sociais e à dimensão ecológica do processo saúde-doença. A integralidade, por exemplo, deve ser compreendida como uma relação sujeito-sujeito – como se espera na bioética<sup>32</sup> –, seja nas práticas destes serviços, seja na organização dos mesmos, reconhecendo-se que tais sujeitos são portadores de desejos e de sonhos<sup>33</sup>.

Neste sentido o PROVAB<sup>34</sup> – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica- pode sensibilizar o egresso das Escolas Médicas à atuação como Médico de Família, ao oferecer a especialização nesta área. Apoiadas por políticas e estratégias educacionais mais integralizadoras, as escolas médicas podem fazer jus à formação de um médico com espírito humanista e sensível às demandas sociais brasileiras na medida em que legitimem a necessária transformação curricular que deve permeá-las. Que seja o quanto antes!

## REFERÊNCIAS

- 1- Lampert JB. Tendências de Mudança na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/ABEM; 2002.
- 2- Bittencourt-Costa JR, Romano VF, Costa RR, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Active teaching-learning methodologies: medical students' views of problem-based learning. Rev Bras Educ Méd 2011;35(1):13-19.
- 3- Feuerwerker LCM. Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: Processos e Resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
- 4-Siqueira-Batista R, Rôças G. Alfabetização ecológica. Rev Bras Educ Méd 2009;33(1):123-125.
- 5- Berlinguer G. A Doença. São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 1988.
- 6- Nogueira MI. Retratos da Formação Médica nos novos cenários de prática - São Paulo: Hucitec; 2012.
- 7- Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H, Jr Cordoni L. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica Revista Brasileira de Educação Médica 2001; 25(2): 53-59
- 8- Fiore MLM, Yazigi L. Especialidades Médicas: Estudo Psicossocial Psicologia: Reflexão e Crítica 2005; 18(2): 200-206.
- 9- Cabral Filho WR, Ribeiro VMB. A escolha precoce da especialidade pelo estudante de medicina: um desafio para a Educação Médica Rev. Bras. Educ. Méd; 2004; 28(2): 133-144.
- 10- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.
- 11- Ministério da Saúde/ Ministério da Educação/ Organização Panamericana da Saúde. PROMED – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2002. [Edital de Convocação]
- 12- Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. –. Brasília – DF, 2007, 86p.
- 13 – Ministério da Saúde. Ministério da Educação Gabinete do Ministro - Portaria Interministerial Nº 421, de 03 de Março de 2010 institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde. Diário Oficial da União nº 43, Brasília, 05 de Março de 2010. Seção 1, p. 52.



- 14- Campos GWS. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica - Diretrizes. Documento preliminar – abril de 2005. Disponível em <[www.abem.educmed.org.br: pdf:doc-prof-gastão.pdf](http://www.abem.educmed.org.br/pdf/doc-prof-gastão.pdf)>. Acesso em 10 de Janeiro de 2008
- 15- Ferreira RC, Silva RF, Agner CB. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, 2007; 31(1): 52-59.
- 16- Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca CD, Harzheim E. A Estratégia de Saúde da Família. In Duncan BB et al (Org.). Medicina ambulatorial. Condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2006; 88-100.
- 17- Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? Rev Bras Edu Med 2011; 35:557-566.
- 18- Siqueira-Batista R, Batista RS. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. Ciên Saúde Col 2009; 14: 1183-1192.
- 19- Toralles-Pereira ML. et al Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas Cadernos de Saúde Pública 2004; 20(3): 780-788
- 20- Vasconcelos EM, Frota LH, Simon E. Perplexidade na Universidade vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006
- 21- Fleuri RM. Formação de profissionais da saúde Reflexões a partir de vivências estudantis In Vasconcelos EM, Frota LH, Simon E. Perplexidade na Universidade vivências nos cursos de saúde São Paulo: Hucitec; 2006, p. 231-264
- 22- Cotta RMM, Gomes AP, Maia TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. Rev Bras Edu Med 2007; 31:278-286.
- 23- Portocarrero V. As Ciências da vida de Canguilhem a Foucault. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009
- 24- FESO - FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS. Graduação em Medicina Disponível em: <http://www.feso.br/graduacao/medicina.php> Acesso em: Julho de 2013.
- 25- PPPI - Projeto Político-Pedagógico Institucional do Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO. Teresópolis, 2006
- 26- Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1999.

- 27 - Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública; 2011;24(1), p. 17-27
- 28- Resolução 196/96. Conselho Nacional de Diretrizes e Saúde. Normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos. <http://www.ufrgs.br/bioética/res.19696.htm> Acessado em 07/02/2012.
- 29 - Bardin L. Análise de Conteúdo. 3ª edição. Lisboa / Portugal: Edições 70, LDA, 2004.
- 30- Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Pesquisa Social - Teoria, método e criatividade. Minayo, MCS. (Org.), Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994; 67-80.
- 31- Siqueira-Batista R. O cuidado integral em questão: diálogos entre filosofia e medicina (Editorial). Brasília Médica 2010; 47:273-275.
- 32- Siqueira-Batista R, Schramm FR. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. Ciên Saúde Col 2009; 14:1241-1250.
- 33- Mattos RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde, org. Pinheiro R. e Mattos RA. Rio de Janeiro: IMS – UERJ – ABRASCO, 2001; 39-64
- 34-PROVAB Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1855](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1855) Acesso em 10 jan. de 2013

**Contribuições dos autores:**

O estudo foi desenhado por J. R. Bittencourt Costa, sob a orientação de Luiz Anastácio Alves; J. R. Bittencourt Costa e R. R. Costa participaram da coleta de dados e da primeira elaboração do texto. A versão final do texto e discussão final dos dados foi feita por V. F. Romano, A. P. Gomes, R. Siqueira-Batista e L A. Alves.

**Conflito de interesse:**

Trabalho realizado no Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO). Não há conflito de interesse.

## ARTIGO 3

### **Primary Health Care and Family's Health Strategy: A brief comparative study between Brazil, Cuba, Canada, USA and Spain**

Analizamos o modelo de Atenção Primária à Saúde no Brasil e o seu componente 'estratégico' "Saúde da Família", em comparação com modelos internacionais. Foi utilizada a experiência de quatro países a respeito de seus modelos de Atenção Primária à Saúde e da implementação da Saúde da Família - Canadá, Cuba, Espanha e EUA- comparando-as ao Brasil. A análise comparativa sobre a forma, organização, condições de acesso e financiamento de seus sistemas de saúde e respectivas experiências possibilita discussões e reflexões que podem ajudar na compreensão das Políticas Públicas e privadas de Saúde e, sobretudo, nos resultados obtidos em relação aos seus indicadores sociais e sanitários. Artigo a ser submetido à periódico internacional.

# Primary Health Care and Family's Health Strategy: A brief comparative study between Brazil, Cuba, Canada, USA and Spain

José Roberto Bittencourt Costa<sup>1</sup>  
Luiz Anastacio Alves<sup>2</sup>  
Renato Matos Lopes<sup>2</sup>  
Pablo Rodrigues Costa Alves<sup>3</sup>  
Luiza Lisboa Carramenha<sup>3</sup>  
Ana Carolina Magalhães Barbosa<sup>3</sup>  
Neilton Araujo de Oliveira<sup>4</sup>  
Melissa Marsden<sup>5</sup>  
Tania Araujo-Jorge<sup>6</sup>

<sup>1</sup>*Curso de Graduação em Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), Laboratório de Comunicação Celular Programa de Pós-graduação em Ensino em Biociências e Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).*

<sup>2</sup>*Laboratório de Comunicação Celular - Instituto Oswaldo Cruz – FIOCRUZ*

<sup>3</sup>*Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO)*

<sup>4</sup>*Universidade Federal do Tocantins, Palmas –TO*

<sup>5</sup>*Faculty of Education, University of Cambridge – UK*

<sup>6</sup>*Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos*

**Abstract:**

*Purpose:* This article analyzes the model of Primary Health Care –PHC- in Brazil and its strategic components in Family Health by comparing it with the model adopted in the other four countries: Canada, Cuba, Spain and the United States of America (USA). This comparative analysis can facilitate discussions and reflections that contribute to the improvement of the Brazilian model.

*Methods:* We conducted a critical review of the literature to search for relevant studies and experiences in relation to historical, social and economic aspects of PHC

*Results:* Despite the poor funding of the health sector and the challenges that still presents in the PHC the Brazilian model does not have aspects that can be considered outliers to the problems pointed out in the study of the countries analised.

*Conclusions:* The results suggest that the Brazilian model is in line and toward successful models (Canada, Cuba and Spain). On the other hand, the U.S. can use the experiences of other countries as a reference to develop a model of primary health, which reflects and contributes to build a democratic and universal health system with an effective citizenship's right.

**Key words:** Primary Health Care (PHC), Family Health, Health Services, Comparative study

## Introduction

The citizen's rights and social policy have been an issue in a plenty discussion both in Brazil and in the world <sup>1,2,3</sup>. The study and development in public health, in this context, become necessary once delimited its social conflict and policy from the social mobilization and consequent consolidation and representation, or not, of these rights <sup>1</sup>. The primary health care – PHC – is central in this work, once it potentially represents an effective mean of social protection by offering people a first contact with the health care system, in this way showing its relevance. Brazil is peculiar by relevant achievements of these rights in the health area in the last decades. Are they present in PHC? How? Could it be compared to health system models in other nations?

To answer these questions we took the international conference of first aid in health as a starting point. Held in Alma-Ata in 1978, it reinforced the World Health Organization proposal (WHO) based on health as a human right and a perspective beyond the exclusive absence of disease. Alma Ata conference defined health a “state of complete physical, mental and social welfare, and not merely the absence of disease or illness” <sup>4</sup>.

The reorganization of the Brazilian health system, as consistent with the principles defended in Alma-Ata started after the intense politic contest that took place in the 8<sup>th</sup> National conference of health (1986). It's resulted in the text of the social security chapter in the National Constitution of 1988<sup>5</sup>, and further on the approval of 8080/90<sup>6</sup> and 8142/90<sup>7</sup> laws. It has sought a way to organize a health system based on the principles of equity and universality <sup>5-11</sup>.

Before the onset of SUS construction the public health sector was divided between 1933 and 1966, in two parts: the greatest of them linked to Social Security and the other to the Ministry of Health created in 1953 (Rodrigues et al, 2009)<sup>1</sup>. The creation of Pension Security Institutes (Instituto de Aposentadoria e Pensão - IAP) in 1933, organized by professionals and funded by employers and workers categories, was the main feature of this period <sup>1,12</sup>.

Although the control of the state through the Ministry of Labour and Social Security and the subsequent termination of the IAP with the creation of the National Social Security Institute (Instituto Nacional de Previdência Social - INPS) in 1966, whose role would be to unify the system of social security and health care for all the insured population, would not exist in view of Roberts et al (2009) <sup>1</sup>, a democratic and universal network of Primary Care as the one established between

the years 1979 and 1988 from the Healthcare Reform and the creation of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS).

An analysis about the evolution in the Brazilian health system into the last twenty years when was presented the foundation of the SUS, Paim et al (2011)<sup>12</sup> highlights that a fundamental characteristic of the Brazilian sanitary reform was the fact of itself was conducted by the civil society and not by the government, political parties or international organizations which legitimates it, therefore as a conquest of citizenship's right even point to the necessity of restructuring of its funding and a redefinition on the role of the public and private sectors<sup>12</sup>.

Brazilian state has adopted them into your health system, the recommendations of WHO with the main of the primary health care (PHC) functions as a principal gateway of the public health services fitting this role priority to Family Health Strategies (Estratégia de Saúde da Família - ESF)<sup>1,9,11,13-15</sup>.

On nowadays, the ESF is present in 95% of cities and counts with 42.270 teams and 262.000 community health agents, which represents a population cover about 59%<sup>8,16</sup>.

In despite of the pointed numbers above this model still have challenges that must to be overcome to improve the quality of it services as pointed by the Basic Attention Department (Departamento de Atenção Básica - DAB) of Health ministry as, i.e: Structuring the Basic Network to attend the proposed Family Health Strategies, the adequacy on the work process of the team that compose it, the strength of the local managers, the improvement in the assessment and monitoring of health indicators beyond the improvement of human resources, highlighting the necessity on the recruitment and accesses of trained doctors to provision of PHC<sup>16</sup>.

It is noted that, as pointed before, the Brazilian health system and specially PHC present then coherency to the principles of citizenship rights and your incorporation as a social policy.

Many countries have experiences related to the PHC and to an implementation of ESF. Cuba, Canada and Spain was selected in this work, because they offer a primary hospital care attention, further the access to diagnostic services, in a public character and instituted for twenty years at least or more like the Brazil profile. On the other hand, the United States (USA) presents a private health system predominantly, yet it in an intense and controversial debate process about the reform of their health system.

This work had as an aim the comparative study about the principal characteristics of Basic Attention of these four countries relative to Brazil principally considering the “citizenship rights and the social protection” incorporation, or not, from the public and/or privative character of their Health Systems.

### **Materials and methods**

In this work a critic's description was performed based on the literature using the following databases:

- a) *U. S. National Library of Medicine* (PubMed/MEDLINE);
- b) *Scientific Electronic Library Online* (SciELO);
- c) *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS).

The search in these databases was held using terms regarding the addressed thematic adopted in this study, all being indexed to DeCS - Health Sciences Descriptors -, such as: “Saúde da Família”, “Atenção Primária à Saúde”, “Atención Primaria de Salud” , “Medicina Familiar y Comunitaria”, “Primary Health Care”, “Physicians Family”, “Family Medicine” e “Primary Care” (synonym with Primary Health Care) also “Cuba”, “Canada”, “United States” e “Spain”.

We also made a search in family medicine's electronic gateway of Canada and USA: *The College of Family Physicians of Canada e American Academy of Family Physicians*. In addition, the searches were conducted in publications of the country's Ministries involved in this study<sup>8, 9, 16-18</sup>.

Another information's source were the books *Atenção Primária: Equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia*<sup>13</sup>, *Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS*<sup>1</sup> e *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*<sup>10, 11</sup>.

## **Results**

### **Comparative Analysis**

From the countries PHC models involved in this study, comparative tables were built between the organization, services, finance and health expenditures, as well as the challenges and reflections in the Brazilian health system (Squares 1 and 2).

Table 1 addresses the way of access, funding, responsibility for provision of services and features of PHC. It was adapted from Rodrigues (2009)<sup>1</sup>, it also includes the concept of “citizenship rights” that is best defined by the social-



democratic regime which proposes the organization of social policies and equally and universally services to all citizens.

As noted in the Brazilian case the universal access and the "citizenship right" included in its health system, which from the existence of funding and provision of public services. This model, like Cuba, Spain, Canada is demonstrating, therefore to these countries, that historical coherence to human rights won from "struggles for freedom against established powers in a gradual manner", as referred Norberto Bobbio (1992, page 5)<sup>2</sup>, an Italian philosopher considered a classic author about citizenship rights. On the other, in opposition is the U.S. Which has a health service characterized as "payment for the service and not universal," with "private financing and the strong presence of health insurance companies who run the district" as pointed out by Rodrigues (2009, page 38)<sup>1</sup>.

The Square 2 presents the challenges of health systems in each of the analyzed countries, at the same time that presents useful reflections to Brazil on these system's aspects. In relation to the reflections from the Spanish model presented in this table, we note that Brazil still needs an economic management model similar to this country, where there was a considerable decentralization process<sup>1</sup>.

Another important feature in square 2 is the indication that Brazil's PHC should be used in the context of medical education, as Cuba does effectively where its network of Polyclinics College made 100% of the population coverage for basic health care<sup>19,20,21-23</sup>.

In relation to the current Cuban model of Family Medicine, it had the beginnings in 1984, when it was created in Havana "Plan Physician and Nurse Family" and in 1985 was developed a home visit modality that made a big impact on the levels of secondary and tertiary care in this country, it leads to a decrease in the incidence and prevalence of many disease's severe forms. Thus the family doctor became to have a greater prestige in Cuban society noting that currently 99.1% of Cubans are served by them<sup>19,20,21,24,25</sup>.

The PHC underwent to the major changes in Cuba after the introduction of its model in the "National Health System". This model was designed to have a ratio of 120 families for each pair of a doctor and a nurse. However, currently, each team serves 150 to 200 families<sup>21</sup>.

Importantly, the ESF Cuban model has deteriorated over the years. Which some factors that influenced this process are: 1) the economic crisis and its impact

on the moral values of society and on the health professionals, 2) the replication of this model at the national level, which has not reached the experimental results and, 3) the adaptability shortage in the health system, such as improving fitness and effective health services according to the demand of each region and the need for improvement in human resource training<sup>21</sup>.

In Canada, the law about the Hospital Insurance and Diagnostic Services, enacted in 1961, it secured for all Canadian citizens the hospital attention care and access to the public diagnostic service<sup>1</sup>.

With the dental service's exception, all Canadians have access to the medical care<sup>26</sup>. The services contemplated in the Canadian Health Primary System are structured from family physicians and general physicians who represent the main gateway to the health system<sup>1,27</sup>.

Currently, the shortage of health family professionals in Canada is a problem. The Data show that in 2003 for about 3.6 million Canadians do not have family doctors on a regular basis and, in 2004, 5 million of Canadians, which are over 18 years were unable to find doctors for their family for a period of 12 months<sup>28</sup>. The professional relationship practice between family physicians and other specialties, in a ratio of 100 physicians in Canada is at 40/60, which it being idealized a relationship of 50/50<sup>27</sup>.

In relation to the U.S. healthcare sector it's predominantly private. In the 1960s were created two public health programs which they exist until the present day: Medicaid, facing Americans with very low monetary power and Medicare facing Americans over 60 years old. Approximately 22% (2002) of the population have this coverage type <sup>1,29-33</sup>. In the country is remarkable the presence of health insurance companies, with a growing power on the hospitals, doctors and various health services. In this context, approximately 46 million Americans have no access to health care <sup>1,29,33</sup>. However the health reform proposed by the U.S. President Barack Obama, recognized as "ObamaCare," which had its approval by the U.S. Senate since 2010 is considered as the largest social initiative of the last 50 years in the country, to expand the health system coverage to above 32 million people it should reach the level of 97% of Americans with less than 65 years old until 2019. Among the benefits presented we can cite: 1) the government subsidy for those who cannot afford a health insurance, 2) the expansion of Medicaid, 3) the creation of a new market in which local professionals and small businesses can join together to purchase the health insurance with better conditions, and 4)

the prohibition to companies for not granting policies based on preexisting diseases<sup>31-34</sup>.

The U.S. has more than 93,700 family physicians and students in this area, which they are represented by the American Academy of Family Physicians (AAFP) although it has seen a decline in the choosing of its specialty. It is assumed that by 2020 it will require 39,000 more family physicians to reach the needs of people primary care<sup>35-37</sup>. Between 1995 to 2004 the income of primary care physicians increased by 21%, while its of the medical specialists increased 37.5%, in despite of the increase of 5% that was related to the Medicare payments, it was announced in 2006, as it being insufficient to reduce this difference<sup>36,37</sup>.

The Spain's Health System, it was defined as the National Health System (NHS), it is organized from the perspective of general family medicine, which covering almost its entire population<sup>18,38,39</sup>.

Since the 1978's constitution the right to health for all Spaniards was granted since the creation of its National Health System, especially with the extensive reform of their primary care from 1984 which determine: 1) work in multidisciplinary teams; 2) the appreciation of the Clinic history and the activities' records, 3) the incorporation of new skills and additional evidence, introducing protocols' criteria and programming assistance, and 4) the beginning of a focused approach to prevention and health promotion, beyond the increase on the teaching activities and research in Primary care<sup>1,13,17-19,38-41</sup>.

**Table 1- Health systems in the access, funding, organization and offer services manners and features of its Primary Health Care - adapted from Rodrigues (2009)<sup>1</sup>**

<b>Country</b>	<b>Ways of Access conditions</b>	<b>Funding</b>	<b>Organization and service</b>	<b>PHC Characteristics</b>
<b>BRAZIL</b>	The Universal Citizenship' right	Public	Public	Family physician – General professional Family Health Program Multidisciplinary team, with Health Community Agents. Home Visit <sup>1,10-15</sup> .
<b>CUBA</b>	The Universal Citizenship' right	Public	Public	Designed based on family doctors The Polyclinics act as the gateway service Conducting Home Visit Multidisciplinary team <sup>1,19-21,23,24</sup>
<b>CANADA</b>	The Universal Citizenship' right	Public	Public - the government subsidizes care	Structured from the Family Physicians <sup>1,26,27</sup>
<b>USA</b>	Payment for the service. Not universal	Private and with the major public participation recently	Private with remarkable presence of health insurance companies that domain the market	Family Physicians or General Professional Medicaid / Medicare covers part of population <sup>1,30-34</sup>
<b>SPAIN</b>	The Universal Citizenship' right	Public	Public	Family Physicians Primary care provided in health centers Multidisciplinary team <sup>1,18,38</sup>

**Table 2 – Reflections and challenges to Brazil in between others analyzed countries: Canada, Cuba, Spain and USA**

Country	Challenges	Reflections to Brazil
<b>CANADA</b>	Major rural area coverage. Increase on the number of Family Physicians <sup>26,27</sup> .	It has the best relationship between the private and public sector which combines freedom of organization for professionals and healthcare services with state control <sup>1,26,27</sup> .
<b>CUBA</b>	Medical attention to adequate to demographic trends and events of morbidity and mortality Confront the economic crisis, its from the double lock <sup>19,21-24</sup> .	Medical education can effectively foster the training of family physicians leading to a significant number of professionals trained in this specialty. Polyclinics as a successful primary care example <sup>20-22,25</sup> .
<b>SPAIN</b>	The creation of a unified information system for interregional comparison Equity in the health care access to all health centers Improve the composition of the population age or any indicator of mortality and morbidity as a pattern for submission of budget resources Reduce the medical work burden , hiring a greater number of professionals. Increase the number of family physicians in relation to specialists <sup>1,18,38,39</sup> .	The Spanish model is defined by region, which is different from a single model for the whole country like Brazil where its management model, although regional and decentralized, it has some decisions that must pass through the Ministry of Health, its mainly being the system financier which it difficulties to make health decisions according to the regional epidemiological profile <sup>1,18,38,39</sup> .
<b>USA</b>	Equality on the payment between generalists and specialists, with consequent enhancement of primary care medical professional. The increase on the state participation by making available the access to the health system by a large portion of the population <sup>1,30-34</sup> .	Only 20% of the population have access to the private health plans due to its low income, in comparison to 62% of Americans. The market forces are unable to provide universal coverage for the health services <sup>1,29,30,34</sup> .
<b>BRAZIL</b>	The physicians redistribution around the country, which it solves the interior cities deficiencies, especially in the North and Northeast. Conduct the population to see the UBSF as a gateway to the SUS Change in the medical curativistic thinking (privatizing) for the health surveillance, it is focusing on the disease prevention and health promotion <sup>1,10-15</sup> .	

## **Human Development Index – HDI -**

Another very interesting aspect is to observe the comparison of the Human development Index – HDI – in the analyzed countries of this study<sup>42</sup>.

Currently the HDI has been redefined from new calculations, it has been considered as a comparative measure that includes three indexes: income, education (including the index of the years' average of schooling and the index of expected years of schooling) and life expectancy at birth. Indexes, so that (in) directly can also analyze the health status of its population <sup>42,-45</sup>.

By 2009 the HDI considered the same indexes - income, education and expected to rise- though the dimension of education that included the literacy rate and enrollment ratio, was replaced by the index of average years of schooling, and the IAME-year index middle-schooling-IAEE. In addition, the calculation was done by the arithmetic average of these three indices became more accomplished by the geometric mean. The important according to the United Nations Development Program, UNDP is the fact that this indicator considers an approach to human development, i.e., their opportunities and capabilities, including the income not as an end, but a means to development. It is a change of perspective: human development, the focus is transferred from economic growth or income, for person<sup>42,-45</sup>.

In 2010, 169 countries were evaluated in relation to the HDI. It was considered four patterns of development with about 40 countries for each: "Very high human development", "high human development", "medium human development" and "low human development"<sup>42-45</sup>.

The obtained data from Brazil could be better studied, as well as it from the other countries analyzed in this study, by comparing the HDI presented in Table I, which also includes the related expenses such as Health, "health percentage expenses to GDP "; "percentage of private and public expenses in health ", "percentage of total government expenses "beyond" total expenditure on per capita health "that it was performed in the years 2000, 2007 and the HDI reached in 2008 and 2010. It is observed from this table that Brazil in 2010 occupied the 73rd position in relation to the overall HDI ranking, against the 75th position in 2008, which shows that the Brazilian situation was little changed although it HDI can be framed as "high human development ". It is noteworthy that all countries analyzed in this article have HDI much superior than its from Brazilian.

Some important data from this table is also notable. In the Cuba case, it justified by its socialist government model, this country has an expense of 95.5% by "government expenses on health care" in relation to "total health expenditure", it is the highest when compared to the other four countries analyzed in this article: 71.8% for Spain, 70% in Canada, 45.5% in relation to the U.S., and well above the approximately 41% of Brazilian government expenses<sup>42</sup>. The Canadian average expenses of per capita health are high: US\$ 3,900.00<sup>42</sup>, which represents an annual expenditure of 10% of its GDP<sup>26, 45</sup>. USA is the country with the highest per capita expenditure in the world: US\$ 7,285.00 its value is justified by private funding and the remarkable presence of health insurance companies that drive the market<sup>42</sup>. In Brazil the rate of per capita expenditure on health, even it has almost quadrupled from 2000 to 2007, it's still considered very low: US\$ 837 against the world average of US\$ 869, and far below the level of US\$ 2,671 in Spain, US\$ 3,900 in Canada and US\$ 7285 U.S.<sup>42</sup>

Is very important to effort that the Brazilian State earns around 32% of its GDP for investment in social policies including the health sector, while countries that heavily make investment in this sector garner 50%<sup>11</sup>. In this way, the Brazil ends up to owning a health system model which it has a good legal system, with similarities to the models cited here as in the case of Canada, Spain and Cuba and countries like England and Italy, but with an insufficient tax provision to take account of the costs generated there. So "has a First world plan with the Third World financing" (Pustai, 2006, p.70)<sup>11</sup>. This fact allows the creation of favorable market conditions for the expansion of the Private Health Insurance and the liberal health field, endangering the entire mobilization and the achievements obtained from the Brazilian health movement that was effectively represented by various segments of its society. The State, under this condition, turns out to have a lower liability, and the health is put in danger of being determined as a commodity which it is governed by supply and demand, and not as a public citizenship' right<sup>11</sup>, as recommended in the Federal Constitution<sup>5</sup>.

**Table 3 – Specific indicators relations for health expenses, HDI and its worldwide score to Brazil, Canada, Cuba, Spain and USA.**

Countries and Worldwide average	Overall expenses with health as % of the GDP		Government expenses with health as % of the overall expenditure on health		Private expenses with health as % of the overall expenditure on health		Government expenses with health as % of the overall governmental expenses		Overall per capita health expenses in average exchange (US\$)		HDI/ Worldwide Ranking	
	2000	2007	2000	2007	2000	2007	2000	2007	2000	2007	2008	2010
Brazil	7,2	8,4	40,0	41,6	60,0	58,4	4,1	5,4	257	837	0,813 75	0,699 73
Cuba	6,7	10,4	90,9	95,5	9,1	4,5	11,9	14,5	184	917	0,863 51	*
Canada	8,8	10,1	70,4	70,0	29,6	30,0	15,1	18,1	2082	3900	0,966 4	0,888 8
USA	13,4	15,7	43,2	45,5	56,8	54,5	17,1	19,5	4703	7285	0,956 13	0,902 4
Spain	7,2	8,5	71,6	71,8	28,4	28,2	13,2	15,6	1036	2671	0,955 15	0,863 20
<b>Worldwide</b>	<b>9,2</b>	<b>9,7</b>	<b>57,9</b>	<b>59,6</b>	<b>42,1</b>	<b>40,4</b>	<b>14,5</b>	<b>15,4</b>	<b>481</b>	<b>869</b>	<b>**</b>	<b>**</b>

**Sources:** Human development report “A verdadeira riqueza das Nações: Vias para o desenvolvimento humano”, 2010 <sup>42</sup>

Human Development Report 2009. United Nations development program <sup>43</sup>

Gasto en Salud - Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010 – OMS – Organización Mundial de la Salud <sup>44</sup>

Not included: Its due to unavailability of Gross National Income per capita -, Cuba was not included in 2010, as well as thirteen other countries that were analyzed in 2008 which up from 182 to 169 the "member states" UNDP for this year<sup>44</sup>.

\*\* Ideal Index: 1,0

### Conclusions

The Brazilian model in despite of the poor funding from the health sector and the challenges that FHS still presents, it does not have aspects that can be considered outliers to the problems noted in the study of the other countries covered in this study. On the contrary, it can be stated that Brazil is in line with the other health systems studied here, except in the USA case, which in contrast, can have Brazil as well as Cuba, Canada and Spain as reference to implementations that will be needed there to turn the character of its health system to a social democratic system, with the meaning of the true citizenship.



## References

1. Rodrigues PH, Santos IS. *Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS*. São Paulo, SP: Editora Atheneu; 2009.
2. Bobbio N. *A era dos direitos*. 1.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Campus; 1992.
3. Esping-Andersen G. *The three worlds of welfare capitalism*. New Jersey: Princeton University Press; 260 p.; 1990.
4. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde 1978. <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> [accessed 2012 Mai 07]
5. Brasil. Congresso Nacional. *Constituição da República Federativa do Brasil 1988*. [http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.pdf](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf) [accessed 2012 Jun 07].
6. Brasil. *Lei n° 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
7. Brasil. *Lei n° 8.142 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 31 dez.
8. Brasil, Ministério da Saúde. *Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde – DAB*. <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#consolidado>. [accessed 2010 Mai 10].
9. Brasil. *Portaria 648/GM de 28 de Março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 29 mar
10. Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca CD, Harzheim E. *A Estratégia de Saúde da Família*. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências*. 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. P.88
11. Pustai OJ. *O sistema de Saúde no Brasil*. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências*. 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.71.
12. Paim J., Travassos C., Almeida C., Bahia L., Macinko, J. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. *Lancet*. 2011. Mai.: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> [accessed 2011 May 09]

13. Starfield B. *Atenção Primária. Equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
14. Giovanella L., Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2009 14(3): 783-794.
15. Blasco PG, Levites MR, Janaudis MA, Roncoletta AF, de Beneetto MA, Pinheiro TR. Family medicine education in Brazil: challenges, opportunities, and innovations. *Acad Med* 2008 83(7): 684-90
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde da Família [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php) [accessed 2013 jan. 30]
17. Instituto Nacional de Estadística (INE). España en cifras 2009: <http://pt.scribd.com/doc/24895964/ESPANA-EN-CIFRAS-2009>. [accessed 2011 apr 08]
18. Gobierno de España- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad – Sistema Nacional de Salud 2012 - :[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012\\_\\_Espanol.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012__Espanol.pdf) [accessed 2013 sept 30]
19. Champion EW., Morrissey S. A Different Model- Medical Care in Cuba *N Engl J Med* 2013; 368:297-299
20. Morales ECL, Pérez DCS, Gandul L. La Transformación del policlínico en Cuba de cara al siglo XXI. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr* 2009; 25 (2): 1-10.
21. Sanso Soberats FJ. Veinte años del modelo cubano de medicina familiar. *Rev Cubana Salud Pública* 2005: 31(2)
22. Celis RC, Oliva BF, Gonzáles LS. Detrás de la huella de la Educación Médica Superior. *Educ. Méd. Super* 2009; 23(3): 115-130.
23. Mejias LAC. Medicina General Integral ou Medicina Familiar? *Rev. Cubana Med.Gen. Integr* 2007: 23(3)
24. Salud - mipaís.cuba.cu: <http://mipais.cuba.cu/relieve.php?idcat=18&idpadre=0&nivel=1> [accessed 2011 mai 03]
25. Celis RC, Gonzáles LS, Oliva BF, Pardo MEA. Factores que intervienen en el proceso de formación de los profesionales universitarios de la salud. *Educ. Méd. Super* 2009; 23(3): 82-95.
26. Health Canada - Health Care System-. About Primary Health Care; 2013 [cited 2013 nov 11]. Available from: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos-eng.php>
27. The College of Family Physicians of Canada (CFPC). *Family Medicine in Canada: vision for the Future*. Ontário: CFPC; 2004.

28. Statistics Canada. *Canadian Community Health Survey*. Ottawa-Toronto; 2012.
29. American Academy of Family Physicians. Primary Care – Policy & Advocacy: <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/p/primarycare.html>. [accessed 2012 mai. 07].
30. Holtz, A. National survey shows Michael Moore's Sicko did indeed provoke discussions about US Health Care System. *Onc. Times* 2007; 29 (18): p 28-29
31. Public Law 111–148—Mar. 23, 2010 111th Congress -: [http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111 publ148.pdf](http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111%20publ148.pdf) [accessed 2013 nov 21]
32. White House -Office of Management and Budget - A New Era of Responsibility Renewing America's Promise-:[http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/omb/assets/fy2010\\_new\\_era/A\\_New\\_Era\\_of\\_Responsibility2.pdf](http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/omb/assets/fy2010_new_era/A_New_Era_of_Responsibility2.pdf)[http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/omb/assets/fy2010\\_new\\_era/A\\_New\\_Era\\_of\\_Responsibility2.pdf](http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/omb/assets/fy2010_new_era/A_New_Era_of_Responsibility2.pdf) [accessed 2013 nov. 02]
33. Federal Register Department of Health and Human Services 45 CFR Parts 144, 146, and 147 -: [http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/ FR-2010-06-28/pdf/2010-15278.pdf](http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2010-06-28/pdf/2010-15278.pdf) [accessed 2013 oct. 10]
34. Manchikanti L.; Caraway D; T. Parr A; Fellows B; Joshua A; Hirsch JA - Patient Protection and Affordable Care Act of 2010: Reforming the Health Care Reform for the New Decade -Pain Physician 2011; 14:E35-E67- : [http://www.painphysicianjournal.com/2011/ january/2011;14; E35-E67.pdf](http://www.painphysicianjournal.com/2011/january/2011;14;E35-E67.pdf) [accessed 2013 sept 22]
35. Senf JH, Campos-Outcald D, Kutob R. Family Medicine Speciality Choice and Interest in research. *Fam. Med.* 2005; 37(4):265-270
36. Bodenheimer T. Primary Care — Will It Survive? *N Engl. J Med.* 2006. 9 (355): 861-864.
37. Family physician workforce reform: recommendations of the American Academy of Family Physicians. American Academy of Family Physicians. 2009: [http://www.aafp.org/ online/en/home/policy/policies/w/workforce.html](http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/w/workforce.html). [accessed 2012 mai 19]
38. Gobierno de España- Ministerio de Sanidad y Consumo - Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria em España: 2007-2012 Proyecto AP-21 :[http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEst rategico 2007\\_2012.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf) [accessed 2013 sept 30]
39. Gobierno de España- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad - Sistema de Información de Atención Primaria del SNS (SIAP) Actividad asistencial ordinaria Informe estadístico 2012- [http://www.msssi.gob.es/estad Estudios/ estadisticas/estadisticas /estMinisterio /docs/2012\\_Actividad\\_ordinaria \\_AP.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/docs/2012_Actividad_ordinaria_AP.pdf) [accessed 2013 oct 30]

40. Conill EM, Eleonor M, Giovanella L, Almeida PF de. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(6): 2783-2794. Rio de Janeiro.

41. Informe del Seminario Internacional: Ventajas y desventajas de la existencia de una puerta de entrada preferencial al sistema de salud: experiencias para mejorar la coordinación entre los niveles de atención - EUROsociAL Salud - Programa Regional para la Cohesión Social en América Latina: [http://www.achc.org.co/documentos/investigacion/estudios/externos/varios/10.%20Informe%20Ventajas%20y%20desventajas%20de%20la%20existencia%20de%20una%20puerta%20de%20entrada%20preferencial%20al%20Sistema%20de%20salud%20\(LIBRE%20ELECCION\).pdf](http://www.achc.org.co/documentos/investigacion/estudios/externos/varios/10.%20Informe%20Ventajas%20y%20desventajas%20de%20la%20existencia%20de%20una%20puerta%20de%20entrada%20preferencial%20al%20Sistema%20de%20salud%20(LIBRE%20ELECCION).pdf) [accessed 2011 may 10]

42. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de desenvolvimento Humano 2010. A verdadeira riqueza das Nações: Vias para o desenvolvimento humano. New York: USA / PNUD; 2010.: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/chapters/pt/>. [accessed 2012 mai 19].

43. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de desenvolvimento Humano 2007/2008. New York: USA/PNUD; 2007.: [http://www.pnud.org.br/arquivos/rdh/rdh20072008/hdr\\_20072008\\_pt\\_completo.pdf](http://www.pnud.org.br/arquivos/rdh/rdh20072008/hdr_20072008_pt_completo.pdf). [accessed 2012 mai 29]

44. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2010/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2010/es/). [accessed 2012 mai 29]

45. United Nations Development Programme. Human Development Report 2009. New York: USA/UNDP; 2009.: <http://hdr.undp.org/en/med> [accessed 2012 mai 20].

**Contributors:**

JRB Costa, PRC Alves, LL Carramenha, ACM Barbosa, NA Oliveira, M Marsden, RM Lopes e LA Alves equally contributed to all phases of this work.

**Corresponding Author:**

Dr. Luiz Anastácio Alves, M.D, PhD  
Cell Communication Laboratory & Postgraduate Course in Education in  
Bioscience and Health, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. Av. Brasil, 4365 – Manguinhos, 21045-900, Rio de Janeiro, Brasil - FAX: (55) (21) 2280-1589 e-mail - [alveslaa@ioc.fiocruz.br](mailto:alveslaa@ioc.fiocruz.br)

# ARTIGO 4

## POSTINHO?!

### PERCEPÇÕES DISCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA

Aplicação e análise de questionários a 237 discentes de quatro Escolas Médicas, a respeito de sua formação e de sua percepção sobre o ensino-aprendizagem realizado na Atenção Básica. Percebemos que a capacitação e a disponibilidade do preceptor foi o ponto problemático central apontado pelos estudantes. Considera-se que o estudo de estratégias para o aperfeiçoamento da capacitação do preceptor local deva ser estimulado para o sucesso desta inserção e o real aproveitamento deste cenário de prática. Este artigo deverá ser submetido a um periódico nacional/internacional.

**POSTINHO?!**  
**PERCEPÇÕES DISCENTES NA ATENÇÃO BÁSICA**  
**POSTINHO?!**  
**STUDENTS PERCEPTIONS IN PRIMARY HEALTH CARE**

José Roberto Bittencourt Costa<sup>1</sup>

Luiz Anastácio Alves<sup>2</sup>

Cristina Alves Magalhães de Souza<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Curso de Graduação em Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), Laboratório de Comunicação Celular Programa de Pós-graduação em Ensino em Biociências e Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).*

<sup>2</sup>*Laboratório de Comunicação Celular - Instituto Oswaldo Cruz – FIOCRUZ*

#### Resumo:

O ensino médico brasileiro ainda pouco favorece a aproximação de seus discentes às demandas sociais. O exercício da integralidade defendido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina –DCNs-, ainda esbarra no modelo biomédico hegemônico predominantemente reducionista e assistencialista das Escolas Médicas. Desde 2001 as DCNs e Programas governamentais orientados pelo Ministério da Saúde apontam que a inserção de graduandos de medicina em novos cenários de prática como na Atenção Básica, a partir das Unidades Básicas de Saúde da Família - UBSFs- pode promover a melhoria da sua capacidade ética, reflexiva, psicológica e humanística. Entretanto, estudos apontam que há diversos desafios a serem transpostos para uma inserção efetiva desses graduandos de medicina nas UBSFs. Este estudo teve como objetivo verificar a percepção sobre a formação médica na Atenção Básica por discentes de quatro Escolas Médicas brasileiras a partir da aplicação de questionários. A análise das respostas apresentadas por 237 graduandos verifica que a falta de capacitação do preceptor foi apontada como o maior problema neste cenário. É considerado que o estudo de estratégias para o aperfeiçoamento da capacitação do preceptor local deva ser estimulado para o sucesso dessa inserção e o real aproveitamento do cenário da prática da Atenção Básica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Escolas Médicas; Saúde da Família; Estudantes de medicina; Aprendizagem.

#### Summary

Brazilian medical education in general favors little student contact with social demands. The National Curriculum Guidelines for Undergraduate Medical-DCNs defends a holistic care (integrated care), even disturbing the hegemonic biomedical model which is predominantly reductionist based only at hospitals. Since 2001 the DCNs and government programs guided by the Ministry of Health indicate that the inclusion of undergraduate students of medicine in new practice settings and in primary care, from family health units (UBSFs), can promote the improvement of their ethical, reflective, psychological and humanistic ability. However, studies indicate that there are several challenges to be overcome for effective insertion in these UBSFs. This study aimed to determine the perceptions of medical students in their Primary Care training in four Brazilian Medical Schools, using questionnaires. In the analysis of the responses of 237 undergraduates, we found the lack of training of the preceptor was identified as the biggest problem in this scenario. It is considered that the study of strategies for improving the site preceptor training should be encouraged for the success in primary care unit.

**KEYWORDS:** Medical Schools; Family Health, Medical students; Learning

## INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina –DCNs- (2001) têm desempenhado um papel fundamental na orientação das reformas curriculares que vêm sendo promovidas nas Escolas Médicas brasileiras nos últimos anos. Várias orientações foram pautadas nas DCNs, notadamente aquelas referentes ao estímulo da formação de um aluno humanista e atuante na perspectiva da integralidade, fazendo uso de diferentes cenários de ensino-aprendizagem (Feuerwerker, 2004; Albuquerque, 2013 Pereira, 2013):

[almeja-se] “um médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; capacitado a atuar [...], na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano” (Brasil, 2001, p. 38).

A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional (Brasil, 2001, p. 38).

Zanolli (2004, p.41) refere que essa condição permite ao discente a aquisição de atributos relacionados à esfera do conhecimento (saber), das habilidades (saber fazer) e da afetividade (saber ser); aspectos que considera como essenciais para a constituição das competências que o egresso da Escola Médica deve incorporar. Mendes *et al* (1996), Campos (2005), Silveira (2006), Ferreira (2007), Rego (2003) e Rego *et al* (2007) argumentam que a formação do profissional médico deve perpassar pelo estímulo à aquisição de valores morais e éticos, de responsabilidade social e a aquisição de um olhar mais humano. Por outro lado, a Associação Brasileira de Educação Médica –ABEM- afirma que seria fundamental que o estudante de medicina participasse, desde o início de seu curso, de atividades junto à comunidade e em unidades básicas de saúde, e que tivesse a preocupação com a qualidade e a integralidade da atenção aos pacientes e às comunidades (ABEM, 2009).

Posteriormente, esses princípios seriam melhores definidos com a construção de um documento construído pela própria ABEM em parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade- SBMFC– e intitulado como: *Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina* e publicado na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Essas diretrizes apresentaram todo o arcabouço teórico-prático para uma



inserção ideal a ser praticada na Atenção Básica (AB) ou nas UBSFs. É enfatizado nesse documento que essa inserção esteja em consonância com o Sistema Único de Saúde –SUS- e de preferência presente longitudinalmente, ao longo de todo o curso (ABEM, 2009; Demarzo *et al*, 2011).

Além disso, programas governamentais tais como: (1) o Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares em Medicina - Promed-; (2) o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE-; (3) o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde -PET-Saúde- e, mais recentemente o Programa de valorização do profissional da Atenção Básica – PROVAB- têm servido de estímulo às mudanças curriculares nas escolas médicas, além de possibilitarem uma melhor articulação com o sistema de saúde (Promed, 2002;PRÓ-SAÚDE, 2005; PET-Saúde, 2010; MS, 2011).

Tais Programas ao integrarem o ensino, o serviço e a comunidade podem se tornar potentes catalisadores para a transformação de estudantes e egressos das Escolas Médicas, uma vez que privilegiam a percepção da integralidade, a interatividade com o SUS e a possível transformação do modelo biomédico reducionista que ainda privilegia o assistencialismo, a medicalização e a condição de estar saudável em padrões de normatividade e parâmetros estatísticos com pouca consideração para a subjetividade e a afetividade (Luz, 1988; Almeida, 1999; Feuerwerker, 2002; Lampert, 2002; Ceccim *et al*, 2004; Feuerwerker 2004; Koffman *et al*, 2006; Oliveira, 2007; Nogueira, 2009; Albuquerque, 2013).

No entanto, apesar das evidências técnicas e éticas de que a atenção básica pode ser um campo de práticas potencial e necessário, no qual os vários cursos de formação de profissionais de saúde deveriam inserir seus alunos; estudos apontam que esta inserção encontra diversos desafios (Gil *et al*, 2008; Ciuffo *et al*, 2008; Trajman *et al*, 2009):

a) Existência de diferentes tempos institucionais dos serviços e do ensino para atender às necessidades de saúde da comunidade gera pouco tempo para as práticas com os estudantes;

b) Adesão diminuída dos estudantes, por ainda não possuírem habilidades e atitudes que contribuam para o cuidado perante a demanda existente nos serviços, produz frustrações e sensação de que atrapalhariam o serviço;

c) Falta de tempo dos profissionais de saúde para os estudantes aí inseridos;

d) Perda do significado das visitas domiciliares feitas por estudantes que se orientam predominantemente para o diagnóstico dos problemas de saúde da comunidade, sem uma proposta de solução para as visitas realizadas;

e) Necessidade de melhoria da qualificação e capacitação do preceptor sugerindo a utilização de Metodologias de Ensino, cursos de clínica ampliada e especialização em Saúde da Família e;

f) Falta de gratificação salarial diferenciada.

Costa *et al* (2007; 2009, p.20) a partir de pesquisa qualitativa com a aplicação de entrevistas analisadas por categorias estudou a percepção dos alunos do quinto período do Curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO). O autor avaliou a mudança curricular aí implantada com a utilização de Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no caso a Aprendizagem Baseada em Problemas -ABP- e a inserção desde os primeiros períodos nas UBSFs. Foi observado na fala desses estudantes, que a “ideia” da inserção precoce nas Unidades, ainda que seja válida, é pouco efetiva no processo de ensino-aprendizagem. Esse fato deve à falta de um melhor planejamento que integre o ensino-serviço- e ainda, à falta de profissionais de saúde ou docentes aí capacitados para a preceptoria. As condições citadas acima podem muitas vezes, contribuir para suscitar resistências e até mesmo gerar expressões de perplexidade e de certo desdenho desse graduando ao se deparar com a Unidade de Saúde: “Postinho?!” Já em relação à impressão desses mesmos alunos quanto ao uso da ABP a partir de Sessões de Tutoria, a percepção da criação de autonomia foi considerada como um de seus aspectos mais positivos. (Bittencourt-Costa *et al*, 2011).

Em consideração às questões apontadas, Nogueira (2009) refere algumas perspectivas para a melhoria do ensino-aprendizagem no complexo cenário de trabalho da AB ou das UBSFs. Dentre estas, a autora cita a emergência de um novo estilo de pensamento médico que contextualize as necessidades de saúde do usuário além da valorização das dimensões psicossocial e antropológica do processo de adoecimento.

Entretanto, que outras propostas poderiam ser oferecidas para a melhoria da qualificação da formação dos discentes na AB ou nas UBSFs?

A expressão e pontos de vista desses alunos podem se constituir em um importante referencial de estudo?

A fim de responder a essas indagações procedemos à aplicação de questionários aos discentes, com o intuito de verificar os principais problemas e respectivas sugestões para a melhoria do ensino-aprendizagem no cenário da AB ou da UBSF; o que se constituiu como objetivo deste estudo que foi realizado como parte de Tese de Doutorado junto ao Programa de Pós Graduação stricto sensu em Ensino em Biociências do Instituto Oswaldo Cruz -IOC –FIOCRUZ-.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do UNIFESO e da FIOCRUZ com respectivas aprovações sob nº 457/10 em julho de 2010 e sob nº 506/11 de novembro de 2011(anexos1, 2 e 3) e está em consonância com a resolução 196/96 (Resolução 196/96, 2013). Os Termos de Consentimento Livre Esclarecido podem ser encontrados nos Apêndices B1 e B2.

## **METODOLOGIA**

O cenário da pesquisa foi constituído pelo UNIFESO em Teresópolis – RJ e por três escolas médicas federais, no caso a Universidade Federal Fluminense (UFF), a Universidade Federal de Tocantins (UFT) e a Universidade Federal de Viçosa (UFV). Os critérios para a escolha das Escolas Federais participantes deste Projeto (UFF e UFT) levaram em consideração desde critérios de conveniência como a acessibilidade e a disponibilidade dos professores/preceptores e alunos destes cursos, além da possibilidade da obtenção prévia da autorização de suas coordenações; até o estudo de suas matrizes curriculares, ou seja, aquelas que tivessem uma orientação mais adequada as DCNs (DCNs, 2001). Dessa forma, o enfoque da integralidade que valorizasse um contexto humanístico e a visão biopsicosocioambiental, além, naturalmente, da inserção de graduandos em novos cenários de prática foram também considerados como critérios para a eleição destas Escolas. Já o UNIFESO – Instituição privada de pesquisa, além de ser a Instituição em que o pesquisador atua, apresentou modificações em seu currículo médico. No caso a adoção de Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem -MAEA- nas atividades exercidas no Campus Universitário e a inserção em UBSFs –sem uso das MAEA- desde os primeiros períodos, além de já ter participado do Promed, PRÓ-SAÚDE e PET-Saúde, programas coerentes às DCNs (Brasil, 2001; Promed, 2002, PRÓ-SAÚDE, 2005; PET-Saúde, 2011; UFF, 2013 (a) (b); UFT, 2013; UFV, 2013; UNIFESO, 2013 (a) (b); Escolas Médicas do Brasil, 2013).

Todos os aspectos apontados acima puderam ser verificados a partir da coerência dos conteúdos curriculares dessas Escolas (UFF, 2013 (a) (b); UFT, 2013; UFV, 2013; UNIFESO, 2013) aos pressupostos das DCNs como apontado a seguir (Brasil, 2001):

- Incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;
- Promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;
- Inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;
- Utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2001, p.39).

A população de estudo foi constituída por alunos que possuíssem a inserção desde os primeiros períodos em UBSF ou na Atenção Básica.

*Critérios de inclusão:* Alunos e internos do curso de graduação em Medicina das instituições referidas que tivessem experimentado um período de um ano em Unidades de Atenção Básica ou UBSFs.

As amostras selecionadas respeitaram o método de amostragem casual ou probabilístico por amostragem estratificada e a utilização de análise aritmética, com o uso de frequência absoluta e relativa (Turato, 2005; Hill, 2005).

A técnica de coleta de dados, escolhida junto aos alunos dos cursos de medicina, foi de aplicação de questionários *in locu*, pelo pesquisador, deste projeto (Apêndices C e D), após o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE- (Apêndices B1 e B2).

Os questionários foram compostos por 14 a 17 questões fechadas (estruturadas) com a opção ainda de uma resposta aberta (não estruturada), especificamente para a questão formulada: “outra”, o que permitiu que o respondente pudesse ter a opção de expressar opiniões diferentes daquelas que eram oferecidas. Foram feitas ainda adaptações em cinco questões, em virtude das Escolas Médicas terem ou não implantadas as MAEA em seus currículos. Além disso, ambos os questionários continham 16 parâmetros socioeconômicos, que foram aplicados sem qualquer distinção a todas as Escolas. Dessa forma, os alunos do UNIFESO responderam ao questionário contendo 17 questões (Apêndice D), enquanto aqueles de outras Escolas responderam a 14 (Apêndice C). A elaboração desses questionários respeitou os temas relacionados no quadro nº 1 abaixo:

Quadro nº 1 Relação das questões apresentadas e seus respectivos temas:

Questões		Temas relacionados
Com MAEA	Sem MAEA	
1 e 2	1 e 2	Motivações para a escolha da Medicina e para a Escola Médica em que estuda
3 a 7	3 a 6	Percepção do currículo adotado em sua Escola
8 a 12	7 a 11	Análise sobre a participação nas atividades da Atenção Básica/UBSF identificando seu maior problema e a sugestão para melhoria
13 a 17	12 e 14	Influência da participação em atividades na Atenção Básica/UBSF em sua trajetória profissional
16 Questões		Parâmetros socioeconômicos

Fonte: questionário elaborado pelo autor.

Técnica de análise: Esta pesquisa foi de natureza quantitativa e qualitativa. Foi realizada uma abordagem quantitativa com as questões fechadas dos questionários, a partir da análise aritmética de suas respostas e a obtenção de suas respectivas frequências absolutas e relativas.

Já a abordagem qualitativa foi efetuada a partir da análise de eventuais respostas obtidas com a questão aberta “outros” inseridas nos questionários e na qual o discente, caso não optasse pelas respostas oferecidas, poderia responder livremente à questão. Foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin, mais especificamente a Análise Temática, com a criação de categorias definidas como unidades de registro sob um título genérico e agrupadas em razão de características comuns destes elementos (Minayo, 1999; Bardin, 2004).

O Quadro nº 2 abaixo demonstra, de forma sintética, a população de estudo, a forma de coleta de dados e a técnica de análise correlata.

Quadro nº 2 – Relação da população de estudo, técnica aplicada e técnica de análise respectiva.

População de estudo	Coleta de dados	Técnica de análise
<i>Graduandos com experiência mínima de 01 ano na UBSF</i>	<i>Questionário com perguntas fechadas e abertas</i>	<i>Operações aritméticas com frequência relativa e absoluta (questões fechadas) + Análise temática (opção “outros” como única questão aberta)</i>

Em seguida foi feita a aplicação de questionários e a análise de seus respectivos resultados com os graduandos do sexto período e internato do UNIFESO; sétimo e oitavo período, além de internos do 10º e 11º períodos da UFF e internos da UFT durante o segundo semestre de 2012 e o primeiro de 2013.

Apresentamos a Tabela nº 1 contendo a relação das Escolas estudadas e respectiva amostra da população de estudo, além do nº máximo de alunos ingressantes por período.

Tabela nº 1– Relação das Escolas estudadas, respectiva amostra da população de estudo, nº máximo de alunos ingressantes e o nº de questões analisadas.

<b>Escolas Médicas</b>	<b>Nº discentes avaliados*</b>	<b>Nº máximo de alunos ingressantes</b>	<b>Nº de questões analisadas**</b>
<b>UNIFESO</b>	85 {64(6ºp)+21(Int)}	72 <sup>1</sup>	17x85=1445
<b>UFF</b>	99 {28(7ºp)+47(8ºp)+24(22Int)}	144 <sup>2</sup>	14x99=1386
<b>UFT</b>	32 (Internos)	40 <sup>1</sup>	14x32=448
<b>UFV</b>	21 (7ºp)	50 <sup>2</sup>	17x21=357
<b>Total:</b>	<b>237</b>	<b>-</b>	<b>3636</b>

\* Inclui graduandos e internos.

\*\* Nº de questões do questionário aplicado multiplicado pelo nº de alunos

Nº sobrescrito: 1- Por semestre (entrada semestral); 2- Por ano (entrada anual).

Fonte: UFF, 2013a; UFF, 2013b; UFT, 2013; UFV, 2013; UNIFESO, 2013 e dados do autor.

## RESULTADOS

A análise do modelo de currículo adotado e suas respectivas especificidades demonstram diferenças significativas entre as Escolas participantes deste estudo. Pôde ser observado que aquelas que continham o modelo tradicional (UFF, UFT e UFV) apresentam diversas disciplinas, e ainda que tenham um enfoque integralizado tais como antropologia, bioética e medicina integral, estão compartimentalizadas. Interessante observar que a UFV já realiza um currículo com a prática de Metodologias Ativas de Ensino Aprendizagem – MAEA- de forma pontual em algumas disciplinas. Já o UNIFESO contempla um currículo com a utilização de MAEA com o uso da ABP de forma integral até o oitavo período embora esta não esteja presente em seus cenários externos como é o caso da Atenção Básica (UFF, 2013 (a) (b); UFT, 2013; UFV, 2013; UNIFESO, 2013 (a) (b)).

Em relação aos cenários de prática, o UNIFESO, a UFF e a UFV apresentam a inserção de seus alunos desde o primeiro até o oitavo período. Já a UFF disponibiliza o Internato em Saúde da Família como “eletivo”, enquanto o UNIFESO e a UFV o incorpora na grade de seus dois anos de Internato obrigatório a partir da área de Saúde Coletiva (ou da Família). A UFT disponibiliza o Internato (obrigatório) em Saúde da Família – como é o caso do UNIFESO e da UFV - apesar de acrescentar ainda o Internato Rural, além da disciplina de Saúde Indígena como parte de sua grade curricular. No entanto, suas inserções na AB

são pontuais como no 2º período a partir da disciplina: “Vivências em Atenção Básica I”.

O Quadro nº 3 apresentado abaixo demonstra a relação das Escolas Médicas consideradas neste estudo.

Quadro nº 3 – Relação das Escolas estudadas, currículo adotado, especificidades e períodos relacionados:

Escolas Médicas	Currículo	Especificidades	Período
UNIFESO	MAEA	Uso de ABP em sessões de tutoria com pequenos grupos de alunos	1º ao 8º
		Inserção na Atenção Básica (UBSF)	1º ao 4º
		Internato em Saúde da Família	9º
UFT	Tradicional	Saúde Coletiva Ecologia e qualidade de vida na Amazônia Introdução à Antropologia Psicologia e Ciência da vida	1º
		Saúde da Família – Vivências em Atenção Básica I Epidemiologia Bioética	2º
		Gerenciamento da Informação em Saúde	6º
		Saúde Indígena	7º
		Internato em Saúde da Família Internato Rural	9º
		Psicologia Médica	1º e 4º
UFF	Tradicional	“Medicina integral” da criança, adolescente, adulto (homem e mulher) e idoso	5º ao 8º
		Trabalho de Campo Supervisionado (Atenção Básica e UBSF) Epidemiologia Saúde e sociedade	1º ao 8º
		Internato em Saúde da Família (eletivo)	10º
		Prática profissional e trabalho em saúde	1º ao 8º
UFV	Tradicional	Ética, Bioética e Saúde Pública	1º
		Estágio obrigatório Curricular em Saúde Coletiva	9º

Fonte: Escolas Médicas do Brasil, 2013; UFF, 2013a UFF, 2013b; UFT, 2013; UFV, 2013; UNIFESO, 2013.

Em relação aos resultados apresentados é possível observar que em três Instituições analisadas - UFF, UFV e UNIFESO-, as respostas obtidas (questão 1) evidenciam que seus alunos escolheram a Medicina por vocação – oriunda do verbo *vocare* (chamada) e compreendida como uma tendência, uma inclinação ou um talento profissional (Aurélio, 2013). O motivo apontado para a escolha por essas Escolas (questão 2) se deu pelo fato de terem sido as únicas em que foram aprovados. Já na UFT seus alunos citaram a influência familiar junto à vocação como justificativas pela escolha da medicina, o que parece apontar para uma provável influência familiar regional ou mesmo cultural mais marcante na

formação desses alunos oriundos de Tocantins ou das regiões mais próximas como o Norte ou Centro-oeste, regiões que possivelmente valorizam mais esta essa condição. Em relação à escolha (institucional) da UFT, apesar de ser uma Instituição pública (poderiam ter marcado a opção “por ser pública”) a opção “única na qual fui aprovada” foi a escolhida. Esse fato pode ter sido em decorrência da carência de Escolas médicas no estado do Tocantins, onde existem 04 Escolas com a oferta de cerca de 300 vagas anuais, em contraste com as 18 Escolas que oferecem aproximadamente 2200 vagas no estado do Rio de Janeiro (Escolas Médicas do Brasil, 2013).

Em relação à mudança curricular, a MAEA parece ser bem aceita pelos alunos do UNIFESO, uma vez que a maioria das repostas assinaladas a respeito da experiência com esta metodologia ser “muito interessante” além da vantagem de se apresentar “como um método dinâmico para a aprendizagem”. Já a experiência dos alunos da UFV com a MAEA revela que a experiência com este método necessita de aperfeiçoamento, uma vez que foram apresentadas algumas falas (opção aberta) como: “não tínhamos tutor”, “sem tutor”, “não houve tutoria” e “é necessário aumentar o tempo de estudo entre as tutorias” expressando assim, que alguns grupos não tiveram de fato tutores ou que necessitam de uma melhor organização do método. Em relação aos graduandos da UFF, estes mostraram insatisfação com o currículo atual (questão 3) de sua Instituição ressaltando que sua Escola Médica não incorporou mudanças como as MAEA, mesmo que ainda tenham sido realizadas mudanças significativas na sua grade curricular, como a inserção plena de alunos em diversos Postos de Saúde (Atenção Básica) em Niterói-RJ- (embora não possamos inferir que este possa ser o motivo que justificaria a insatisfação com o atual currículo). Os alunos da UFT, por outro lado, percebem seu currículo como interessante (resposta preferencial na questão 3).

Em relação aos resultados apontados na opção “outros”, a partir dos questionários aplicados, há poucos relatos embora estes sejam bem interessantes tais como: “integra o serviço e ensino”; “é integrado”, e que endossam os números apresentados nas opções escolhidas pelos alunos. Por outro lado, em relação à resposta apresentada a respeito do currículo da UFF: “pouco interessante” (a maior opção com 36% das repostas apresentadas), há ainda 07 repostas em “outros”, todas com impressões aparentemente negativas, a respeito do currículo desta Instituição. Comentários como “fora da realidade [...] de aplicabilidade”; “interessante na teoria, mas na prática é outra coisa”; “na teoria



é muito bom, mas na prática é difícil” e ainda, “muito bom no papel, mas terrivelmente complicado” foram apresentados pelos alunos tendo sido estas expressões definidas pela categoria “currículo difícil”. Na UFT houve poucas respostas em “outros” sendo mais restritos à especialidade que escolheriam apesar da experiência considerada “muito interessante” na UBSF: “penso ainda em cardiologia”; “devo fazer dermatologia”, expressas na categoria outras especialidades.

Em referência à participação nas atividades das UBSF (questão 7), esta é vista como “pouco interessante” pelos alunos da UFF tendo as respostas apresentadas em “outras” percepções também negativas, tais como: “ruim, os professores eram péssimos”; “depende da qualidade do preceptor”; “interessante. Entretanto, existe uma variação quanto ao aproveitamento do grupo de acordo ao preceptor” sendo estas expressões definidas pela categoria “capacitação do preceptor”. Já os alunos do UNIFESO apesar da resposta “interessante” ser a maioria, há relatos na opção “outros” também com críticas a esta inserção: “falta interação com o médico”; “muito ruim, sem ementa”; “interessante só quando tinha o que fazer” sendo estas expressões então classificadas também como categoria: “capacitação do preceptor” e “planejamento”. É importante mencionar que aqui o termo “capacitação” possa ser considerado como sinônimo de competência, ou seja, aptidão, faculdade, habilidade, o que encontra concordância com a definição de vocação anteriormente feita (Aurélio, 2013). Tal situação remete a ideia de que não se faz preceptoria apenas com a aptidão, senão com o constante aperfeiçoamento desta habilidade ou vocação. Essas expressões demonstram a importância que o papel da preceptoria e do planejamento das atividades nestes cenários desempenham. É fundamental este aspecto para a vivência de uma experiência possivelmente positiva. Apesar dos aspectos apontados, ambos os grupos referiram que “a participação no atendimento realizado na UBSF/AB” foi considerada como a atividade mais interessante. Em relação à UFT verificamos que a participação nas atividades da UBSF foi percebida como “muito interessante” embora não tenha havido respostas em “outros” que pudessem ressaltar algum outro aspecto positivo e até mesmo negativo. Já em relação a UFV, esta participação na UBSF foi considerada como “muito interessante” tendo ainda relatos que demonstram a percepção do aluno do potencial papel da UBSF na sua formação embora sujeito a questões políticas e ao papel que o preceptor aí desempenha: “ há muitas

questões como a falta de investimento e há professores que estão sucateando a estratégia de Saúde da Família além de influências políticas” tendo sido classificada na categoria: influência política”. Para os alunos do UNIFESO o atendimento na Unidade (questão 8 e 9) deve ser diminuído e adequado à demanda da Unidade (provavelmente para manter uma maior qualidade e maior participação nos atendimentos em que estes alunos estão inseridos e que poderia ser prejudicado pela massificação das consultas, item este considerado de maior preferência).

Outro aspecto apontado por esses alunos foi em relação à visita domiciliar que deve ser modificada (embora não tenha sido objeto nesta pergunta que aspecto especificamente necessita ser modificado). Já os alunos da UFF sugerem que o número de atendimentos seja aumentado, o que parece confirmar que a atividade assistencial seja vista como aquela de maior interesse na Unidade (a participação ou a realização de atendimentos na Unidade de Saúde) e onde possivelmente não haveria o risco de ser massificada como nas Unidades em que os alunos do UNIFESO estão inseridos. Essa mesma resposta foi fornecida pelos discentes da UFV que apontaram o atendimento na Unidade como a atividade preferencial que os mesmos manteriam neste cenário. Em relação à UFT verificamos que os discentes apontam para a necessidade de aumentar o tempo disponível na Unidade, o que parece sinalizar que a vivência neste cenário possa estar sendo de fato uma experiência exitosa.

Um dos principais aspectos apontados neste estudo está relacionado à percepção dos alunos sobre as atividades realizadas nestes cenários de prática (AB e/ou UBSF). Dessa forma, foram considerados dez itens prioritários para melhoria do ensino-aprendizagem, como também os dez itens considerados problemáticos. Todos analisados em uma escala de 1 (maior prioridade) a 10 (menor prioridade). É importante mencionar que as duas questões (10 e 11 ou ainda 11 e 12 de acordo ao questionário aplicado) relacionadas à essa percepção foram feitas estrategicamente de forma complementar para que verificássemos se o(s) item(ns) considerado(s) como prioritários para a melhoria do ensino-aprendizagem pudesse(m), também, a partir de sua ausência, ser(em) apontados(s) como o(s) maior(es) problema(s). Assim, verificamos pela maior parte dos períodos analisados das *quatro* Instituições que a “capacitação do preceptor local” foi considerada tanto como o item mais importante para a

melhoria do ensino-aprendizagem neste cenário, como também a sua “ausência”, o mais problemático.

A questão da disponibilidade do preceptor também foi apontada como um item muito importante, tanto para a consideração de maior problema (falta de disponibilidade do preceptor), como para a melhoria (a necessária presença e disponibilidade do preceptor). Tendo sido considerada como a prioridade número dois, na maior parte das respostas oferecidas a estas duas questões.

Dessa forma, outras estratégias de ensino-aprendizagem como a utilização de filmes comerciais, criação de vídeos e a teatralização (oferecidas também como possíveis respostas ao questionário aplicado) “perdem” para esta condição. Na visão desses discentes, os recursos não podem ultrapassar o estudo da forma pela qual essa preceptoria é realizada, no caso a capacitação e a disponibilidade do preceptor.

Todos esses aspectos podem ser verificados com mais detalhes nas Tabelas 2, 3 e 4 que se encontram como apêndices deste devido a sua formatação (**vide apêndices A, pags. 132-135**). Estas tabelas contemplam a relação dos resultados apontados para as quatro Escolas Médicas aqui pesquisadas a partir da **resposta predominante** apresentada para cada questão. Para síntese foram escolhidos os períodos com o maior número de resultados para cada Escola considerada nesta pesquisa. Assim, é apresentado o 6º período, N= 64, do UNIFESO (com MAEA) expresso na Tabela 2. Já a Tabela 3 apresenta os resultados da UFV (com MAEA) para o 7º período, N=21. Por último, é mostrado na Tabela 4 os resultados da UFF (sem MAEA) com o 8º período, N=47 e os resultados com a UFT (sem MAEA), com internos, N= 32. Em relação às questões que contém a relação dos dez itens a serem priorizados, as tabelas apresentam o maior número absoluto de respostas para “cada” prioridade. Dessa forma, é possível ter duas respostas iguais para a prioridade 1 e 2, como apontado na resposta do questionário do UNIFESO (6º período) relacionada ao maior problema: na UBSF, em que há 16 e 18 respostas para a “falta de disponibilidade do preceptor”, considerada como prioridade 1 e 2, respectivamente.

Ademais, podemos verificar na Tabela 5 (**apêndices A, pags.136-137**), os resultados sobre o perfil sócio econômico dos alunos de cada Escola Médica pesquisada, assim como a média final em números relativos para cada questão quando consideradas as quatro Instituições aqui estudadas. Observamos aí

alguns aspectos interessantes comuns a estas Instituições: predominância de alunos jovens – até 25 anos - (82%); solteiros (95%); cor branca (74%); morando sozinho (69%) em imóvel alugado (67%); sem outro curso superior (88%) e sem trabalhar (86%). Possuem renda familiar superior a 20 salários mínimos (27%) ou entre 15 a 20 salários mínimos (22%). Pais possuem elevada escolaridade, sendo o pai com pós-graduação (31%), e a mãe até 3º grau (28%). Todos possuem computador (99%) e internet (99%). A maioria dos graduandos não possui carro (55%); embora, a família tenha (95%), além de possuírem até 50 livros em casa (38%).

A Tabela nº 6, abaixo, demonstra a relação das respostas escolhidas como prioritárias em números absolutos e relativos à questão sobre a melhoria do ensino-aprendizagem como também para aquelas consideradas como as mais problemáticas pelos estudantes das Escolas aqui analisadas.

Tabela nº 6 - Relação das Escolas Médicas, períodos com respectivas amostras de alunos e a resposta específica assinalada contendo seus números absolutos e relativos.

Questões	Escolas Médicas com respectivas amostras de alunos por períodos e resposta considerada como prioritária em nº absoluto e relativo						
	UNIFESO		UFF			UFT	UFV
	6º P (64)	Int. (21)	7ºP (28)	8ºP (47)	Int.(24)	Int. (32)	7ºP (21)
Melhoria E/A	Capac. Precep.	Aument. pesq.	Capac. precep.	Capac. precep.	Capac. precep.	Capac. precep.	Capac. precep.
(nº abs.)%*	(20) 31%	(6) 29%	(8) 29%	(24) 51%	(8) 33%	(15) 47%	(10) 48%
Problema E/A	Falta de disp. precep.	Falta de disp. precep.	Aus. capac. precep.	Aus. capac. precep.	Aus. capac. precep.	Aus. capac. precep.	Aus. capac. precep.
(nº abs.)%*	(25) 16%	(4) 19%	(11) 39%	(15) 32%	(8) 33%	(10) 31%	(10) 48%

\*Nº absoluto entre parênteses e respectiva porcentagem ao lado.

Siglas: Capac. Precep: Capacitação do preceptor,

Aument. Pesq: Aumentar a pesquisa de campo,

Aus. Capacit. Precep. Ausência de capacitação do preceptor,

Falta de dispon. precep.: Falta de disponibilidade do preceptor

Int: Internato

Após a análise dos números absolutos e relativos (%) apresentados nas Tabelas nº 2 a nº 6, elaboramos o quadro nº 4 contendo a relação das categorias apresentadas na questão aberta “outros” quando esta foi a opção escolhida. Estas categorias só estão presentes em algumas questões dado que a maior parte das possíveis respostas em “outra” estavam em branco. É observado que as categorias criadas a partir da temática: “participação nas atividades das UBSFs” como a “capacitação do preceptor” e “planejamento” são semelhantes às mesmas escolhas de respostas das questões fechadas. Esse resultado parece

endossar que a questão da capacitação do preceptor é de fato, passível de reavaliação. Além disso, no quadro nº 5 é apresentado a síntese das respostas dos graduandos do UNIFESO, UFF, UFT e UFV. Esse quadro foi dimensionado de forma a identificar o perfil do discente de cada Instituição, tal qual um “personagem vivificado e dotado de sua subjetividade” conforme demonstrado a seguir:

Quadro nº 4: Relação das categorias apresentadas na questão aberta “outros” para as quatro Escolas Médicas:

<b>Escolas</b>	<b>UNIFESO</b>	<b>UFF</b>	<b>UFT</b>	<b>UFV</b>
<b>Temática</b>	Participação nas atividades da UBSF	Currículo Participação nas ativs. da UBSF	Especialidade Médica	Participação nas ativs. da UBSF
<b>Categoria</b>	Capacitação do preceptor Planejamento	Currículo difícil Capacitação do preceptor	Outras especialidades	Influência política

Quadro nº 5: Síntese da análise das respostas ao questionário e da condição socioeconômica do UNIFESO, UFF, UFT e UFV:

<b>UNIFESO</b>	<b>ANÁLISE DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO</b>
	Escolha da medicina por <u>vocação</u> e escolha Institucional por ter sido a <u>única em que foi aprovado</u> . Acha <u>interessante</u> a experiência com a MAEA apontando como um <u>método mais dinâmico de aprendizagem</u> . Manteria os “ <u>problemas</u> ” utilizados da ABP e modificaria a sua <u>avaliação</u> . Percebe como <u>interessante</u> sua participação nas UBSF principalmente pela <u>participação nos atendimentos</u> aí realizados; embora, sugira que o número de <u>atendimentos nas Unidades e as Visitas Domiciliares</u> devam ser modificados. Acredita que a <u>capacitação do preceptor</u> da UBSF/Posto é a maior prioridade sendo a sua <u>falta de disponibilidade</u> apontada como o maior problema para o E/A local. A participação nos cenários de prática exerce <u>alguma influência</u> em sua trajetória profissional, enquanto as MAEA exercem <u>muita influência</u> , que em conjunto tornam-no mais <u>humanizado para o exercício da medicina</u> , apesar da experiência neste cenário ter <u>reforçado o desinteresse pela especialidade de MFC</u> . Fato esse que não levou a uma motivação para o exercício desta nem para a Clínica Geral.
	<b>ANÁLISE SOCIOECONÔMICA</b>
	Possui idade entre <u>18 e 21</u> anos, sexo <u>masculino</u> , <u>solteiro</u> , cor <u>branca</u> , <u>não</u> mora com a família e vive em <u>imóvel alugado</u> . <u>Não possui</u> outro Curso Superior e <u>não trabalha</u> em outra atividade. Sua família possui renda superior a <u>20 salários mínimos</u> . Seu pai possui escolaridade até o <u>3º grau</u> e a mãe <u>Pós Graduação</u> . <u>Possui</u> computador e Internet. <u>Não</u> tem carro próprio; embora, sua família

	possua. Possui até 50 livros.
UFF	<b>ANÁLISE DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO</b>
	Escolha da medicina por <u>vocação</u> e escolha Institucional por ter sido a <u>única em que foi aprovado</u> . Acha <u>pouco interessante</u> o currículo de sua Escola e <u>desconhece a MAEA</u> . Não sabendo se essa teria alguma vantagem sobre o currículo tradicional. Percebe como <u>pouco interessante</u> sua participação nas UBSF; embora, sugira interesse pela <u>participação nos atendimentos</u> aí realizados, bem como um aumento no número de <u>atendimentos nas Unidades</u> . Acredita que a <u>capacitação do preceptor</u> da UBSF ou do Posto é a maior prioridade, sendo este também apontado como o maior problema para o E/A local. A participação nos cenários de prática exerce <u>alguma influência</u> em sua trajetória profissional, mas, <u>reforça o desinteresse pela especialidade de MFC</u> . Fato esse que não levou a uma <u>motivação para o exercício</u> desta nem à Clínica Geral.
	<b>ANÁLISE SOCIOECONÔMICA</b>
	Possui idade entre <u>22 e 25</u> anos, sexo <u>masculino</u> , <u>solteiro</u> , cor <u>branca</u> , <u>não mora com a família</u> e vive em <u>imóvel alugado</u> . <u>Não possui</u> outro Curso Superior e <u>não trabalha</u> em outra atividade. Sua família possui renda entre <u>5 a 10 salários mínimos</u> . Seus pais possuem escolaridade até o <u>2º grau</u> . Possui computador e Internet. <u>Não tem</u> carro próprio; embora, sua família <u>possua</u> . Possui até <u>50 livros</u> .
UFT	<b>ANÁLISE DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO</b>
	Escolha da medicina por <u>influência da família</u> e por <u>vocação</u> e escolha Institucional por ter sido <u>a única em que foi aprovado</u> . Acha <u>interessante</u> o currículo de sua Instituição. Percebe como <u>muito interessante</u> sua participação nas UBSF e tem <u>interesse pela participação nos atendimentos</u> aí realizados e sugere um aumento do tempo disponível nas Unidades. Acredita que a <u>capacitação do preceptor da UBSF</u> ou do Posto é a maior prioridade para o E/A local sendo este também apontado como o maior problema em conjunto a sua <u>falta de disponibilidade</u> . A participação nos cenários de prática exerce <u>alguma influência</u> em sua trajetória profissional, levando ao <u>interesse pela especialidade de MFC</u> ou à Clínica Geral.
	<b>ANÁLISE SOCIOECONÔMICA</b>
	Possui idade entre 22 e 25 anos, sexo masculino, solteiro, cor branca, não mora com a família e vive em imóvel alugado. Não possui outro Curso Superior e não trabalha em outra atividade. Sua família possui renda entre 10 a 15 salários mínimos. Seu pai possui escolaridade até o 3º grau assim como sua mãe. Possui computador e Internet. Tem carro próprio e sua família também. Possui até 50 livros.
UFV	<b>ANÁLISE DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO</b>
	Escolha da medicina por <u>vocação</u> e escolha Institucional por ter sido <u>a única em que foi aprovado</u> . Tanto pode achar a MAEA <u>interessante</u> como ainda <u>pouco interessante</u> compreendendo que esta <u>necessita de aperfeiçoamento</u> como a presença de tutores; embora, possa oferecer <u>um conhecimento integrado</u> . Manteria os “ <u>problemas</u> ” utilizados da ABP. Percebe como <u>muito interessante</u> sua participação nas UBSF, principalmente pela <u>participação nos</u>

atendimentos aí realizados e sugere que as Unidades de Saúde tenham melhor estrutura física. Acredita que a capacitação do preceptor da UBSF/Posto é a maior prioridade sendo também apontada como o maior problema para o E/A local. A participação nos cenários de prática exerce alguma influência em sua trajetória profissional, tanto quanto as MAEA. A experiência nesse cenário sugere ter reforçado o interesse pela especialidade de MFC; mas, ainda não o motiva ao exercício desta nem à Clínica Geral.

#### ANÁLISE SOCIOECONÔMICA

Possui idade predominante entre 22 e 23 anos, sexo masculino, solteiro, cor branca, não mora com a família e vive em imóvel alugado. Não possui outro Curso Superior e não trabalha em outra atividade. Sua família possui renda até 5 salários mínimos. Seu pai possui escolaridade até o 2º grau e sua mãe pós graduação. Possui computador e Internet. Não tem carro próprio; embora, sua família possua. Possui até 50 livros.

Demonstramos ainda nos gráficos apresentados em barras e relacionados abaixo, do nº 1 ao nº 8, as respostas apresentadas das Instituições estudadas: UFF, UNIFESO, UFT e UFV relacionadas à maior prioridade para a melhoria do ensino-aprendizagem na AB e aquela considerada como o maior problema para o exercício desta condição.

Gráfico 1: Prioridade 1 para melhoria do E/A - 8º P. UFF- N=47

#### 10º Questão - Melhora do Ensino-Aprendizagem - Prioridade 1

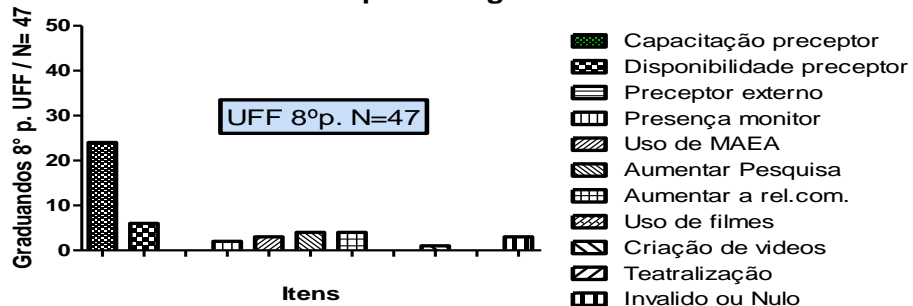


Gráfico 2: Maior problema para o E/A - 8º P. UFF- N=47

11º Questão - O maior problema para o Ensino-Aprendizagem - Prioridade 1

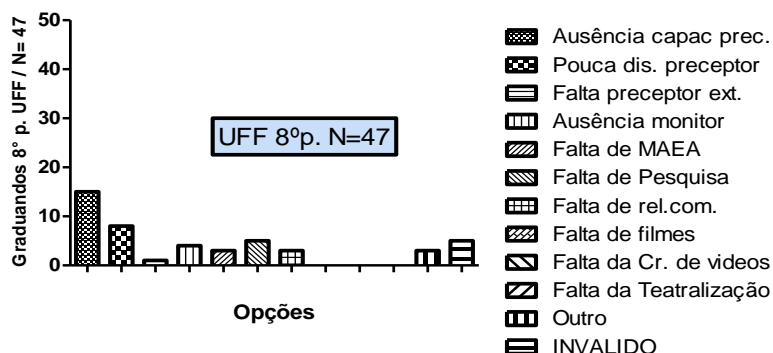


Gráfico 3: Prioridade 1 para melhoria do E/A - 6º P. UNIFESO- N=64

11º Questão - Melhorar o Ensino-Aprendizagem - Prioridade 1

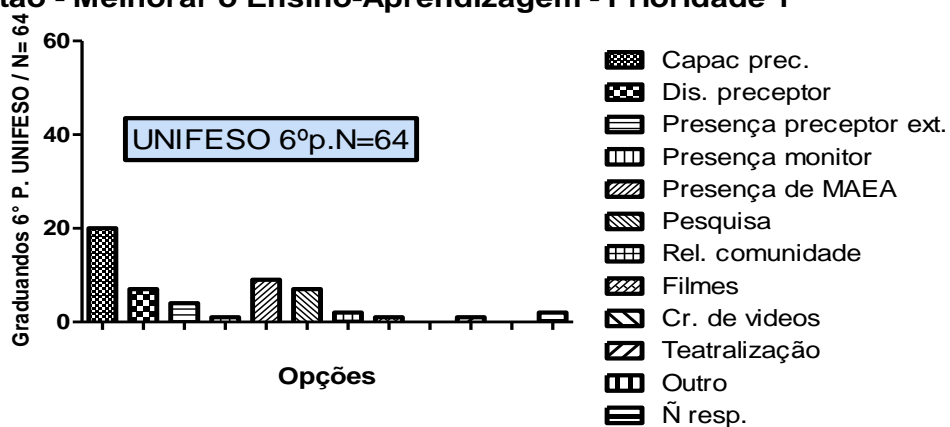


Gráfico 4: Maior problema do E/A - 6º P. UNIFESO- N=64

12º Questão - O maior problema para o Ensino-Aprendizagem - Prioridade 1

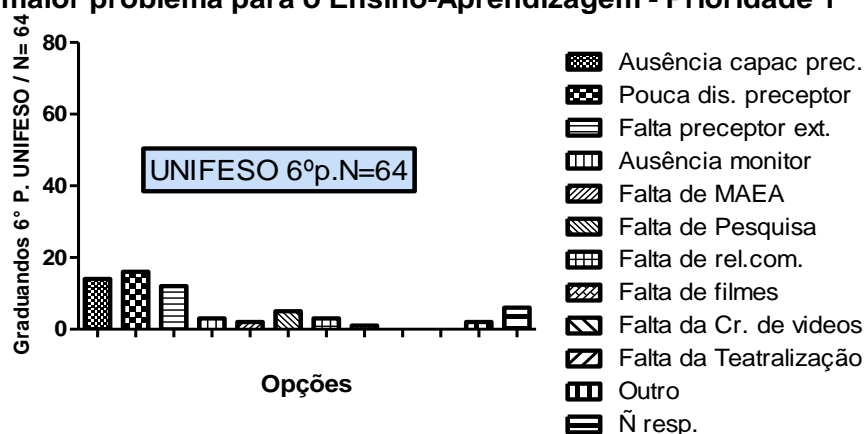




Gráfico 5: Prioridade 1 para melhoria do E/A Internos UFT- N=32

10° Questão - Melhora do Ensino-Aprendizagem - Prioridade 1

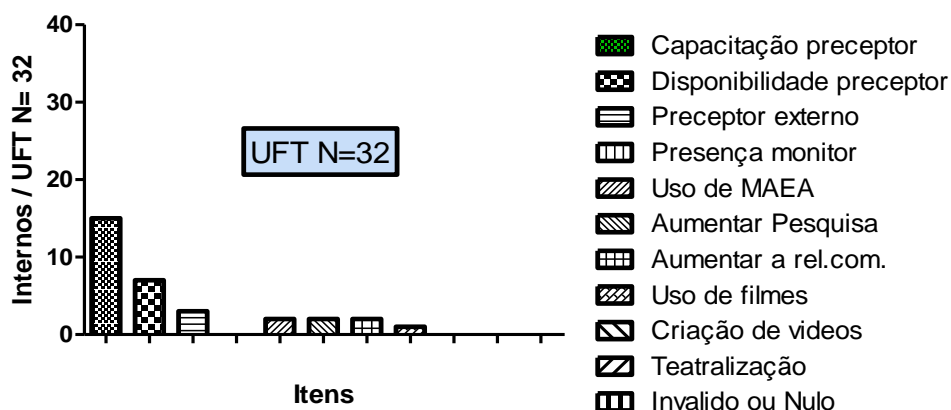


Gráfico 6: Maior problema do E/A Internos UFT- N=32

11° Questão - O maior problema para o Ensino-Aprendizagem - Prioridade 1

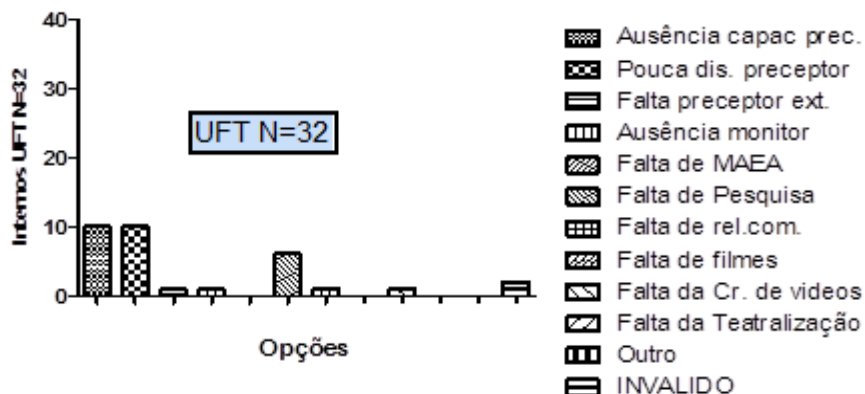


Gráfico 7: Prioridade 1 para Melhora do E/A - Internos UFV- N=21

11° Questão - Melhora do Ensino-Aprendizagem - Prioridade 1

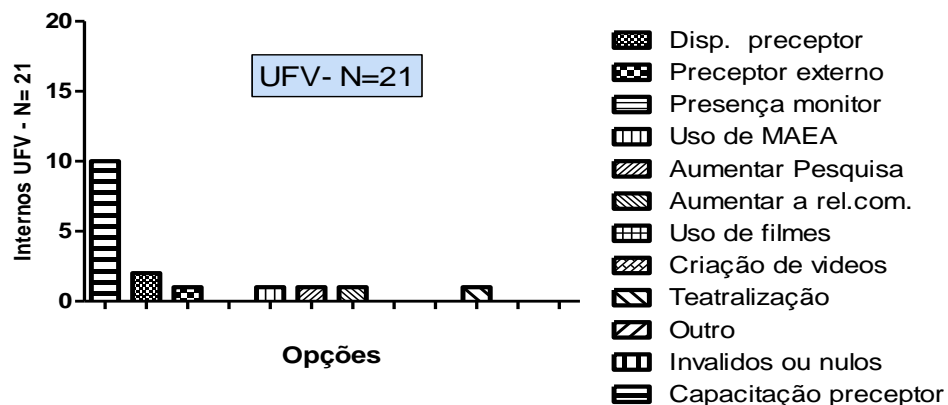
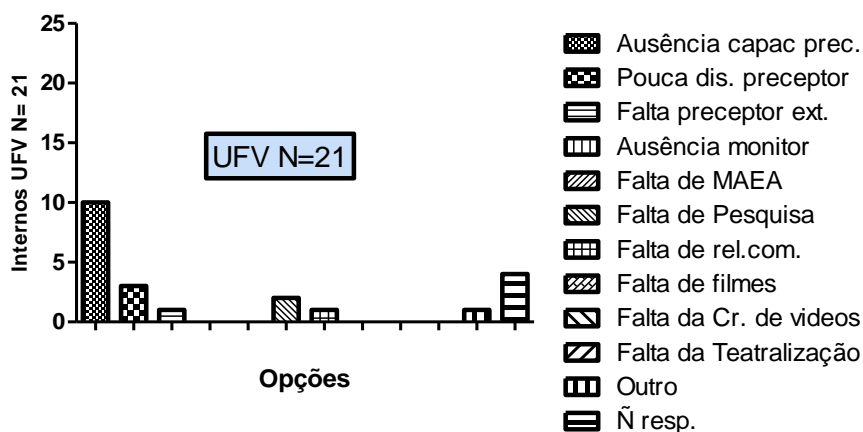


Gráfico 8: Maior problema do E/A- Internos UFV- N=21

**12º Questão - O maior problema para o Ensino-Aprendizagem - Prioridade 1**



**Considerações finais**

Entre todos os aspectos analisados a partir da aplicação dos questionários, aquele que nos pareceu mais importante, foi a percepção para a maior parte destes discentes quanto a necessidade de melhoria nas condições de preceptoria na AB.

De fato, a qualificação da preceptoria na área da educação médica é tema recorrente e preocupante que extrapola os cenários da prática da graduação das Escolas Médicas. A ABEM, por exemplo, lançou no primeiro semestre de 2012 o *Projeto Preceptores*. Essa iniciativa da ABEM teve como objetivo geral, implantar um programa de desenvolvimento de competência pedagógica para a prática da preceptoria na Residência Médica pautada pelos princípios do SUS e pelas competências gerais das Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Medicina. Este projeto foi direcionado, prioritariamente, aos programas vinculados ao *Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – Pró-Residência –*. Os eixos estruturantes dos cursos aí oferecidos foram o “cuidado”, “a educação” e “a gestão do trabalho em saúde”, com o objetivo de desenvolver competências pedagógicas para os preceptores. Os cursos tiveram duração de seis meses com atividades presenciais e à distância, tendo sido oferecidas vagas para 320 preceptores e 24 tutores (ABEM, 2009; 2013).

É possível observar, portanto, que a preocupação sobre a necessidade e a forma de capacitação de preceptores é bastante significativa, como apontado pela criação do referido projeto desenvolvido pela ABEM e que contou ainda com o apoio da OPAS e da SGTES (ABEM, 2013).

Percebemos a partir do estudo apontado que se a condição da capacitação do preceptor por si só já é de extrema importância é necessário verificar *que tipo* de capacitação seria a mais próxima do ideal para sua atuação na AB. Essa verificação deve ser feita considerando tanto a assistência (trabalho) oferecida aos usuários do sistema de saúde (comunidade), quanto à formação (ensino) dos estudantes sob sua responsabilidade. Nesse sentido, é necessária a pesquisa e a utilização de recursos adequados para esta finalidade, sob o risco da perda do significado potencial que a inserção em novos cenários pode oferecer quando não se respeita esta condição.

Dessa forma, poderemos evitar que a pouca ou a falta de capacitação do preceptor como aqui apresentada possa contribuir e ser justificada para a falta de “aproximação e identidade” dos graduandos com a AB. Ou ainda, enquanto (futuro) profissional, promover o seu afastamento definitivamente da sua atuação na AB como vêm sendo apontado pelo baixo número de médicos inscritos no PROVAB (PROVAB, 2013).

Justamente o intuito de diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, notadamente na AB, e ainda, a necessidade de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde, acabou por justificar a criação da Medida Provisória –MP- nº 621, em julho de 2013. Essa MP propôs modificações na formação de recursos humanos na área médica para o SUS e foi sancionada como Lei nº 12.871, em 22 de outubro de 2013, reconhecida então como o “Programa Mais Médicos” (DOU, 2013; Presidência da República, 2013).

A partir desse Programa o Ministério da Saúde defende ações desde a reordenação da oferta de cursos de medicina e vagas para residência médica, priorizando regiões com menor relação de vagas e médicos por habitante, até o aperfeiçoamento de médicos na AB. Outro aspecto apontado é a promoção do intercâmbio internacional e o desenvolvimento de conhecimentos sobre a realidade da população brasileira. Tal fato contextualizou a importação de médicos estrangeiros, sem a submissão ao Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos, ou seja, o REVALIDA; condição que tem sido motivo de diversos embates entre o Conselho Federal de Medicina -além de diversos órgãos representativos da classe médica- e o Ministério da Saúde - MS-. Nesse caso o MS aponta os baixos indicadores da distribuição de médicos no interior país como justificativa para a imediata importação de médicos estrangeiros (DOU, 2011; CFM, 2013 (a) (b); DOU, 2013; FURG, 2013).

Portanto, aproximar o estudante do cenário da AB oferecendo boas estratégias de ensino-aprendizagem é uma tarefa de grande responsabilidade. Com estudos que promovam essa condição, há a possibilidade de fomentar o interesse dos discentes e egressos das Escolas Médicas a atuarem junto à AB evitando possivelmente um polêmico embate quanto a criação e a manutenção do Programa Mais Médicos.

## REFERÊNCIAS

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica - **Diretrizes para o ensino** na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina (SBMFC e Abem) 2009. Disponível em: [http://www.abem-educmed.org.br/pdf/atencao\\_primaria\\_caderno05.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf/atencao_primaria_caderno05.pdf) Acesso em: 10/01/12

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica - **Projeto Preceptores** Disponível em <http://www.abem-educmed.org.br/preceptores.php> Acesso em 03/03/2013

ALBUQUERQUE, C. P. de - **Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva de integralidade: narrativas e tessituras** - Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de doutor em Saúde Coletiva – área de concentração em Planejamento e Políticas Públicas do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro; s.n.; 2007. 291 p. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-494990> Acesso em Março de 2013

ALMEIDA, M.J. **Educação Médica e Saúde: possibilidades de mudança.** Londrina: UEL, Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

AURÉLIO Dicionário do Aurélio Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/Vocacao.html> Acesso em 12/11/2013

BARDIN L. **Análise de Conteúdo.** 3ª edição. Lisboa / Portugal: Edições 70, LDA, 2004.

BITTENCOURT-COSTA J.R. et al. Active teaching-learning methodologies: medical students' views of problem-based learning. **Rev Bras Educ Med** v.35 n.1, p.13-19, 2011

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº. 4, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.** Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38

CAMPOS G.W.S. **Papel da Rede de Atenção Básica** em Saúde na Formação Médica - Diretrizes. Documento preliminar – abril de 2005. Disponível em [http://www.abem-educmed.org.br/pdf/doc\\_prof\\_gastao.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf/doc_prof_gastao.pdf). Acesso em 10 de Janeiro de 2012.

CFM Conselho Federal de Medicina - **O Governo e os “médicos” estrangeiros: não se faz boa saúde com falácias** Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23812:o-governo-e-os-medicos-estrangeiros-nao-se-faz-boa-saudecomfalacias&catid=46:artigos&Itemid=18](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23812:o-governo-e-os-medicos-estrangeiros-nao-se-faz-boa-saudecomfalacias&catid=46:artigos&Itemid=18) Acesso em: 08/06/2013 (a)

CFM Conselho Federal de Medicina - **Proposta do Conselho Federal de Medicina (CFM)** para Solução emergencial de cobertura assistencial em saúde em Áreas de difícil provimento Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/anexos%20-%20proposta%20cfm.pdf> Acesso em 10/06/2013 (b)

CIUFFO, R. S.; RIBEIRO, V. M. B.. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface (Botucatu)**, vol.12, n.24, pp. 125-140; 2008.

COSTA J.R.B Análise da atuação das equipes do Programa de Saúde da Família no município de Teresópolis após a mudança curricular do curso de Medicina da Fundação Educacional Serra dos Órgãos, com a inserção precoce dos alunos: impressão dos médicos e enfermeiros. In: Moço ETSM, Falcão HBPT, Miranda JFA. **Reflexões sobre as Mudanças Curriculares na Área de Saúde: Ativando Processos**. Rio de Janeiro: Publit, p. 35-53; 2007.

COSTA J.R.B **Aprendizagem em unidades básicas de saúde da família e Metodologias Ativas: o olhar do estudante de medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos** 2009. 154 f. Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

DEMARZO et al (Org) Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina **Rev Bras Med Família e Comunidade**, v.6 n.19 p. 145-50, 2011.

DOU Seção 1 nº 53 18/03/11 Portaria nº 278, de 17 de Março de 2011 Ministério da Educação Gabinete do Ministro **Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos** Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=12&data=18/03/2011> Acesso em: 08/06/2013 (a)

DOU - Diário Oficial da União nº 130 - Medida Provisória 621 institui o Programa Mais Médicos- 09 de Julho de 2013- Acesso em 10 de Julho de 2013 (b)

ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL. **Estatísticas**. Disponível em: [www.escolasmedicas.com.br](http://www.escolasmedicas.com.br) Acesso em 20/06/2013.

FERREIRA R.C., SILVA R.F., AGNER C.B. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem da Atenção Básica de Saúde. **Rev Bras de Educ Med**; v31, n.1, p. 52-59, 2007.

FEUERWERKER L.C.M. **Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: Processos e Resultados**. São Paulo: Hucitec; 2002.

FEUERWERKER L.C.M. Gestão dos Processos de Mudança na Graduação em Medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. **Educação médica em transformação**, instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; p.17-39, 2004.

FURG - Pró-reitora de Graduação da Universidade Federal do Rio Grande - **Exame Nacional de Revalidação** de Diplomas Médicos- Disponível em:[http://www.prograd.furg.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=51&Itemid=54](http://www.prograd.furg.br/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=54) Acesso em: 08/06/2013

GIL C.R.R. et al. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Rev. Bras de Educ Med**; v.32, n.2, p. 230-239, 2008.

HILL A.; HILL M. M. **Investigação por questionário**. Lisboa: Edições Silabo; 2005

KOIFMAN L; SAIPPA-OLIVEIRA G. As práticas de avaliação da formação e do cuidado orientadas pela integralidade: uma aproximação necessária In: Pinheiro, R, Mattos RA. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – ABRASCO; p. 245-260, 2006.

LAMPERT J.B. **Tendências de Mudança na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec/ABEM; 2002.

LUZ, M. T. **Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MENDES R.T. et al. Aprendizado de Medicina nos Serviços de Atenção Primária e no Contato com a Comunidade. Simpósio Educação Médica: Ensino de Graduação. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**. USP. Ribeirão Preto. v..9, p. 420-428 out/dez, 1996.

MINAYO M. C. S. **O Desafio do Conhecimento** – Pesquisa qualitativa em saúde.6. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO Gabinete do Ministro - Portaria Interministerial Nº 421, de 03 de Março de 2010 institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde **PET-Saúde**. Diário Oficial da União nº 43, Brasília, 05 de Março de 2010. Seção 1, p. 52.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Portaria interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011- Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – **PROVAB-** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pr2087\\_01\\_09\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pr2087_01_09_2011.html) Acessado em 10/04/2012

NOGUEIRA M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento **Rev. Bras. Educ. Med.** Rio de Janeiro v.33 n..2 abr./jun. p.262-270.2009

OLIVEIRA, N.A. **Ensino Médico no Brasil: Desafios e prioridades, no contexto do SUS** - um estudo a partir de seis estados brasileiros – Tese de Doutorado em Ensino de Biociências e Saúde. Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/teses.php>

PEREIRA I. D'AVILLA F.; LAGES I. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro v.11 n.2 maio-ago. p.319-338. 2013

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA - Casa Civil- Subchefia para assuntos jurídicos Lei 12.871 de 22 de Outubro de 2013 Disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Out/23/lei\\_n12\\_871\\_221013.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Out/23/lei_n12_871_221013.pdf)

PRÓ-SAÚDE **Programa Nacional de Reorientação** da Formação Profissional em Saúde-. Brasília – DF, 2005, 80p. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22848](http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848). Acesso em 02 fev. 2008.

PROMED – **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares** nos Cursos de Medicina. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2002. [Edital de Convocação].

REGO S.T.A. **A formação ética do médico**: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.

REGO S.T.A.; Gomes A.P., Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na educação médica. **Rev. Bras. Educ. Med.** vol.32, n.4, p.482-491, 2008.

RESOLUÇÃO 196/96. Conselho Nacional de Diretrizes e Saúde. **Normas regulamentadoras** das pesquisas envolvendo seres humanos. <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm> Acessado em 07/02/2013

SILVEIRA R. P. A Medicina de Família e Comunidade e o Ensino de Graduação em Medicina. Metodologias ativas de Ensino/Aprendizagem. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. Suplemento 01, p.21-25, 2006.

TRAJMAN A; Assunção N; Venturi M; Tobias D; ToschiW; Brant V A preceptoría na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde **Rev. Bras. Educ med**; v.33, n.1, p.24-32, jan.-mar. 2009.

TURATO E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa **Rev Saúde Publica** v.39 n.3, p.507-14, 2005

UFF– Universidade Federal Fluminense – **Curso de Graduação em Medicina** – Matriz Curricular – Acesso em 20/04/2013. <https://sistemas.uff.br/iduff/sid137avUfd98/consultaMatrizCurricular.uff> (a)

UFF - Universidade Federal Fluminense – **Curso de Medicina**- Matriz curricular- Disponível em: <https://sistemas.uff.br/iduff/sid137avUfd98/consultaMatrizCurricular.uff> Acesso em 20/06/2013 (b)

UFT - Universidade Federal do Tocantins – **Curso de Medicina**- Disponível em: <http://ww1.uft.edu.br/index.php/ensino/graduacao/10762-medicina> Acesso em 20/06/2013.

UFV - Universidade Federal de Viçosa – **Curso de Medicina** – Disponível em: <http://www.pre.ufv.br/catalogo/arquivos/vicosa/catalogoVicosa2013/Catalogo%202013%20CCB/medicina.pdf> Acesso em: 10/07/2013

UNIFESO - Centro Universitário Serra dos Órgãos– **Curso de Medicina** – Disponível em: [http://www.feso.br/graduacao/documentos/med/matriz\\_medicina.pdf](http://www.feso.br/graduacao/documentos/med/matriz_medicina.pdf) Acesso em 20/06/2013. (a)



UNIFESO Centro Universitário Serra dos Órgãos UNIFESO **Pesquisa** Disponível em: <http://www.feso.br/pesquisa.php#> Acesso em 25/05/2013 (b)

ZANOLLI M.B. Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem na Área Clínica. In: Marins JJN et al (Org). **Educação médica em transformação**, instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004.

**Apêndice A - Tabela nº2: Relação das respostas predominantes ao questionário aplicado no UNIFESO com o 6º Período –N=64 Alunos-**

Questões	UNIFESO 6º P. N=64		
	Resposta	Nº	%
01 - Qual foi o motivo que o levou a escolher medicina?	Vocação	53	83
02 - Qual foi o motivo que o levou a escolher medicina <i>nesta Instituição?</i>	Única na qual fui aprovado (a)	39	61
03 - Caso sua instituição tenha adotado no seu currículo da medicina as metodologias ativas de ensino/aprendizagem: o que pensa sobre sua experiência com as metodologias ativas no ensino da medicina?	Interessante	32	50
04 – Em caso da resposta acima a respeito das Metodologias Ativas terem sido consideradas como “pouco interessante” ou “ainda sem opinião formada” ou ainda selecionada “outro” com análise negativa, justifique a sua resposta; caso sua impressão tenha sido positiva, pule esta questão:	A organização do novo método é difícil ou deixa a desejar	09	14
	Não respondeu	59	77
05 - Caso sua instituição tenha adotado as metodologias ativas de ensino/ aprendizagem: quais seriam as vantagens sobre o método tradicional de ensino? Caso as respostas anteriores tenham considerado uma impressão negativa sobre as metodologias ativas não responda a esta questão.	Método mais dinâmico de aprendizagem	25	39
	Não respondeu	6	9
06 - O que você manteria com o uso das metodologias ativas de ensino/ aprendizagem?	O número de alunos na Tutoria	30	47
	Os problemas utilizados	17	27
07 - O que você modificaria com o uso das metodologias ativas de ensino/ aprendizagem?	A avaliação	36	56
08 - Como tem sido para você participar das atividades na Atenção Básica/UBSF?	Interessante	26	41
	Muito Interessante	19	30
09 - O que você manteria nesta prática?	A participação ou a realização de atendimentos na Unidade de Saúde	33	52
10 - O que você modificaria nesta prática?	Diminuiria o nº de alunos	12	19
	O número de <i>atendimentos</i> da Unidade aumentaria	11	17
11 - O que você sugeriria para <u>melhorar o ensino e aprendizagem na Atenção Básica</u> ou nas UBSFs? <u>Responda de 1 até 10</u> , sendo o nº 1 considerado o mais prioritário e o nº 10 o de menor prioridade. <i>Caso considere a necessidade de incluir a opção “outro” numere-a também.</i>	1-Capacitação do preceptor local	20	31
	2- Disponibilidade do preceptor	16	25
	3- Presença de um preceptor externo a Unidade	13	20
12 – Em relação ao ensino e aprendizagem na Atenção Básica ou nas UBSFs : Qual seria o <u>maior problema</u> que esta apresenta? <u>Responda de 1 até 10</u> , sendo o nº 1 considerado o maior problema e o nº 10 o menor problema. <i>Caso considere a necessidade de incluir a opção “outro” numere-a também.</i>	1 - Falta de disponibilidade do preceptor	16	25
	2 - Falta de disponibilidade do preceptor	18	28
	3 –Ausência de capacitação do preceptor	15	23
13 – Qual o grau de influência que a participação em atividades na Atenção Básica/UBSF adotado por esta Instituição, está tendo na sua trajetória profissional?	Alguma influência	41	64
14 – Qual o grau de influência que o uso das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem, adotado por esta Instituição, está tendo na sua trajetória profissional? Caso sua instituição NÃO tenha adotado no seu currículo da medicina as metodologias ativas de ensino/ aprendizagem pule esta questão.	Muita influência	39	61
15- Qual é a influência que o novo modelo curricular (metodologia ativa e inserção em UBSFs) adotado por esta Instituição esta tendo na sua trajetória profissional? Caso sua instituição NÃO tenha adotado no seu currículo da medicina as metodologias ativas de ensino/ aprendizagem pule esta questão.	Criou mais autonomia	29	55
16 – A experiência em novos cenários de prática como nas Unidades Básicas de Saúde da Família ou na Atenção Básica, promovida por esta instituição esta tendo alguma influência na sua trajetória profissional?	<b>Reforçou</b> outra especialidade	31	48
	<b>Suscitou</b> outra especialidade	19	30
17 – A experiência em novos cenários de prática como nas Unidades Básicas de Saúde da Família ou na Atenção Básica, promovida por esta instituição o (a) inclinaria a exercer a Medicina de Família ou a Clínica Geral?	Não. Nenhuma influência	29	45

**Tabela nº3: Relação das respostas predominantes ao questionário aplicado na UFF com o 8º Período –N=47 Alunos- e UFT com o Internato N=32 Alunos.**

Questões	UFF 8º p. (N=47)			UFT Internato (N=32)		
	Respostas	Nº	%	Respostas	Nº	%
01 - Qual foi o motivo que o levou a escolher medicina?	Vocação	21	<b>45</b>	Família	11	34
				Vocação	11	34
02 - Qual foi o motivo que o levou a escolher medicina <i>nesta Instituição?</i>	Única na qual fui aprovado (a)	22	<b>47</b>	Única na qual foi aprovado	17	53
03 - Como você analisa o atual currículo de sua Escola Médica?	Pouco Interessante	17	<b>36</b>	Interessante	14	44
04 – Você conhece ou já ouviu falar a respeito das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem ou de seu uso em alguma Escola Médica?	Não	33	<b>70</b>	Não	1	<b>3</b>
	Sim	13	<b>28</b>	Sim	4	<b>12</b>
				Ñ respondeu	27	<b>84</b>
05 - Caso sua resposta tenha sido “SIM” ou tenha assinalado “outro” tendo algum conhecimento sobre esta modalidade de ensino-aprendizagem: Você acredita que o uso das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem teria alguma vantagem sobre o atual currículo de sua Escola?	Sim	10	<b>21</b>	Sim	2	<b>6</b>
	Sem conhecimento	30	<b>64</b>	Sem conhecimento	2	<b>6</b>
	Não respondeu			Não respondeu	28	88
06 – Caso sua resposta tenha sido “SIM” ou tenha assinalado “outro” tendo algum conhecimento sobre esta modalidade de ensino-aprendizagem: Qual é sua opinião sobre a mesma? Caso contrário pule esta questão.	Desconhece MAEA	33	<b>70</b>	Deveria implanta-lo	3	<b>9</b>
	Implantação difícil	5	<b>11</b>	Não respondeu	29	91
07 - Como têm sido para você participar das atividades de campo (Atenção Básica ou na Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF-) em seu Curso de Graduação?	Interessante	22	<b>28</b>	Muito interessante	16	50
	Pouco Interessante	15	<b>32</b>	Interessante	15	<b>47</b>
08 - O que você manteria nesta prática?	A participação ou a realização de atendimentos na Unidade de Saúde	29	<b>62</b>	A participação ou a realização de atendimentos na Unidade de Saúde	18	56
09 - O que você modificaria nesta prática?	Aumentaria a participação ou a realização de atendimentos na Unidade de Saúde	10	<b>21</b>	Aumentaria o tempo disponível na Unidade	10	31
10 - O que você sugeriria para <u>melhorar o ensino e aprendizagem em suas atividades de campo (Atenção Básica ou nas UBSFs)? Responda de 1 até 10, sendo o nº 1 considerado o mais prioritário e o nº 10 o de menor prioridade. Caso considere a necessidade de incluir a opção “outro” numere-a também.</u>	1-Capacitação do preceptor local	24	<b>51</b>	1-Capacitação do preceptor local	15	47
	2-Disponibilidade do preceptor local	18	<b>38</b>	2-Disponibilidade do preceptor	7	<b>22</b>
11 - Em relação ao ensino e aprendizagem em suas atividades de campo (Atenção Básica ou nas UBSFs) : Qual seria o <u>maior problema</u> que esta apresenta? <u>Responda de 1 até 10, sendo o nº 1 considerado o maior problema e o nº 10 o menor problema. Caso considere a necessidade de incluir a opção “outro” numere-a também.</u>	1-Ausência de capacitação do preceptor local	<b>15</b>	<b>32</b>	1-Ausência de capacitação do preceptor local	10	31
	2-Pouca disponibilidade do preceptor local	13	<b>28</b>	2- Ausência de capacitação do preceptor local	10	31
12 – Qual o grau de influência que a participação em atividades de campo (Atenção Básica/UBSF) adotado por esta Instituição, está tendo na sua trajetória profissional?	Alguma influência	28	<b>60</b>	Muita influência	20	62
	Muita influência	9	<b>19</b>	Alguma influência	9	<b>28</b>
13 – A experiência a partir de atividades de campo em novos cenários de prática como nas Unidades de Saúde da Família ou na Atenção Básica promovida por esta	<b>Reforçou</b> o <i>desinteresse</i> pela especialidade de Médico de	16	<b>34</b>	<b>Suscitou o interesse</b> pela	16	50

Instituição, está tendo alguma influência na sua trajetória profissional?

	Família ou generalista			especialidade de Médico de Família ou generalista		
	<b>Reforçou</b> o interesse pela especialidade de Médico de Família ou generalista	11	<b>23</b>	<b>Reforçou o interesse</b> pela especialidade de Médico de Família ou generalista	3	<b>9</b>
14 – A experiência em novos cenários de prática como nas Unidades Básicas de Saúde da Família ou na Atenção Básica a partir das atividades de campo promovida por esta instituição o (a) inclinaria a exercer a medicina de Família ou a Clínica Geral (Generalista)?	Não. Nenhuma influência	23	<b>49</b>	Sim. Alguma influência	15	47
	<b>Sim. Alguma influência</b>	<b>16</b>	<b>34</b>	<b>Não. Nenhuma influência</b>	<b>6</b>	<b>19</b>

**Tabela nº4: Relação das respostas predominantes ao questionário aplicado na UFV com o 7º Período –N=21 Alunos-**

Questões	UFV 7º P. N=21		
	Resposta	Nº	%
01 - Qual foi o motivo que o levou a escolher medicina?	Vocação	14	67
02 - Qual foi o motivo que o levou a escolher medicina <i>nesta Instituição?</i>	Única na qual fui aprovado (a)	10	48
03 - Caso sua instituição tenha adotado no seu currículo da medicina as metodologias ativas de ensino/aprendizagem: o que pensa sobre sua experiência com as metodologias ativas no ensino da medicina?	Pouco interessante	9	43
	Interessante	9	43
04 – Em caso da resposta acima a respeito das Metodologias Ativas terem sido consideradas como “pouco interessante” ou “ainda sem opinião formada” ou ainda selecionada “outro” com análise negativa, justifique a sua resposta; caso sua impressão tenha sido positiva, pule esta questão:	A organização do novo método é difícil ou deixa a desejar	9	43
	Não respondeu	8	38
05 - Caso sua instituição tenha adotado as metodologias ativas de ensino/ aprendizagem: quais seriam as vantagens sobre o método tradicional de ensino? Caso as respostas anteriores tenham considerado uma impressão negativa sobre as metodologias ativas não responda a esta questão.	Conhecimento é integrado	6	29
	Não respondeu	6	29
06 - O que você manteria com o uso das metodologias ativas de ensino/ aprendizagem?	Os problemas utilizados	6	29
	Outros (sem tutoria)	5	24
07 - O que você modificaria com o uso das metodologias ativas de ensino/ aprendizagem?	Aumentaria tempo	3	14
	Outros (sem tutoria)	5	24
08 - Como tem sido para você participar das atividades na Atenção Básica/UBSF?	Muito Interessante	12	57
09 - O que você manteria nesta prática?	A participação ou a realização de atendimentos na Unidade de Saúde	10	48
10 - O que você modificaria nesta prática?	Espaço Físico da UBS	9	43
11 - O que você sugeriria para <u>melhorar o ensino e aprendizagem na Atenção Básica</u> ou nas UBSFs? <u>Responda de 1 até 10</u> , sendo o nº 1 considerado o mais prioritário e o nº 10 o de menor prioridade. <i>Caso considere a necessidade de incluir a opção “outro” numere-a também.</i>	1-Capacitação do preceptor local	10	48
	2- Disponibilidade do preceptor	2	10
12 – Em relação ao ensino e aprendizagem na Atenção Básica ou nas UBSFs : Qual seria o maior problema que esta apresenta? <u>Responda de 1 até 10</u> , sendo o nº 1 considerado o maior problema e o nº 10 o menor problema. <i>Caso considere a necessidade de incluir a opção “outro” numere-a também.</i>	1 - Ausência de capacitação do preceptor	10	48
	2 - Falta de disponibilidade do preceptor	1	5
13 – Qual o grau de influência que a participação em atividades na Atenção Básica/UBSF adotado por esta Instituição, está tendo na sua trajetória profissional?	Alguma influência	11	52
14 – Qual o grau de influência que o uso das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem, adotado por esta Instituição, está tendo na sua trajetória profissional? Caso sua instituição NÃO tenha adotado no seu currículo da medicina as metodologias ativas de ensino/ aprendizagem pule esta questão.	Alguma influência	15	71
15- Qual é a influência que o novo modelo curricular (metodologia ativa e inserção em UBSFs) adotado por esta Instituição esta tendo na sua trajetória profissional? Caso sua instituição NÃO tenha adotado no seu currículo da medicina as metodologias ativas de ensino/ aprendizagem pule esta questão.	Criou mais autonomia	6	29
16 – A experiência em novos cenários de prática como nas Unidades Básicas de Saúde da Família ou na Atenção Básica, promovida por esta instituição esta tendo alguma influência na sua trajetória profissional?	Suscitou MFC	5	24
	Reforçou o desint. pela MFC	4	19
17 – A experiência em novos cenários de prática como nas Unidades Básicas de Saúde da Família ou na Atenção Básica, promovida por esta instituição o (a) inclinaria a exercer a Medicina de Família ou a Clínica Geral (Generalista)?	Alguma influência	11	52

Tabela nº 5: Parâmetros socioeconômicos das 04 Escolas Médicas

PARÂMETROS		UFF 7p + 8 p e Internato n=99		UNIFESO 6ºp e Internato n=85		UFT Intern. n=32		UFV 7º p. n=21		Global n=237	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Idade	18-21	16(12+4)	16	36(36)	42	0	0	3	14	55	23
	22-25	70(12+40+18)	<b>71</b>	35(20+15)	41	21	<b>66</b>	15	<b>72</b>	<b>141</b>	<b>59</b>
	26 até +de 30	12(3+3+6)	12	14(6+8)	<b>44</b>	5	16	3	14	34	14
Sexo	Masc.	53(17+28+8)	<b>54</b>	34(24+10)	40	20	<b>62</b>	19	<b>90</b>	<b>126</b>	<b>53</b>
	Fem.	44(11+17+16)	46	51(40+11)	<b>60</b>	12	38	2	10	109	46
Estado civil	Solteiro	97(28+47+22)	<b>98</b>	81(61+20)	<b>95</b>	26	<b>81</b>	21	<b>100</b>	<b>225</b>	<b>95</b>
	Casado	1(0+1)	1	3(2+1)	3	1	3	0	0	5	2
	Outro	0	0	1(1+0)	1	0	0	0	0	1	0,5
Cor	Negra	4(1+1+2)	4	3(0+3)	3	0	0	0	0	7	3
	Parda	14(2+8+4)	14	34(24+10)	40	12	38	1	5	61	26
	Amarela	2	2	3(3+0)	3	0	0	2	10	7	3
	Branca	75(23+35+17)	<b>76</b>	64(48+16)	<b>75</b>	19	<b>59</b>	18	<b>85</b>	<b>176</b>	<b>74</b>
	Outra	1	1	1	3	1	3	0	<b>0</b>	3	1
Mora com a família?	Sim	44(16+14+14)	44	14(11+3)	16	5	16	2	<b>10</b>	65	27
	Não	53(12+32+9)	<b>54</b>	68(51+17)	<b>80</b>	23	<b>72</b>	19	90	<b>163</b>	<b>69</b>
Em Imóvel?	Próprio	35(14+10+11)	35	17(10+07)	20	13	41	0	<b>0</b>	65	27
	Alugado	61(14+36+11)	<b>62</b>	62(48+14)	<b>73</b>	15	<b>47</b>	21	100	<b>159</b>	<b>67</b>
Tem outro Curso Superior?	Sim	10(2+6+2)	8	11(10+1)	13	1	<b>3</b>	3	14	25	11
	Não	86(26+39+21)	<b>87</b>	74(54+20)	<b>87</b>	31	<b>97</b>	18	<b>85</b>	<b>209</b>	<b>88</b>
Trabalha em outra atividade?	Sim	23(7+14+2)	23	4(4+0)	5	2	<b>6</b>	1	5	30	13
	Não	75(21+33+21)	<b>76</b>	79(59+20)	<b>93</b>	29	<b>91</b>	20	<b>95</b>	<b>203</b>	<b>86</b>
Renda familiar	Até 5 SM	16(8+5+3)	16	5(2+3)	6	4	12	<b>7</b>	<b>33</b>	33	14
	5-10 SM	24(4+17+3)	<b>24</b>	14(7+7)	16	4	12	5	24	47	20
	10-15 SM	23(7+10+6)	23	19(15+4)	22	8	<b>25</b>	1	<b>5</b>	51	22
	15-20	11(2+3+6)	11	10(8+2)	12	7	22	3	15	51	22
	+ de 20 SM	19(6+10+3)	19	35(30+5)	<b>41</b>	6	19	5	25	<b>65</b>	<b>27</b>
Escolaridade pai	Sem esc.	2	2	1	1	0	0	0	0	3	1
	Até 1º grau	3(1+2)	3	7(5+2)	8	3	9	2	10	15	6
	Até 2º grau	14(7+1+6)	14	19(15+4)	22	11	34	<b>8</b>	<b>38</b>	52	22
	Até 3º grau	33(11+13+9)	<b>33</b>	18(14+4)	21	12	<b>38</b>	6	29	69	29
	Pós G.	28(9+14+5)	28	38(29+9)	<b>45</b>	3	9	5	25	<b>74</b>	<b>31</b>
Escolaridade mãe	Sem esc.	0	0	1	3	0	0	0	0	1	0,5

	Até 1° grau	0	0	4(3+1)	5	1	3	1	5	6	3
	Até 2° grau	28(3+19+6)	28	18(14+4)	21	8	25	6	29	60	25
	Até 3° grau	36(12+13+11)	<b>36</b>	33(25+8)	<b>39</b>	15	<b>47</b>	6	29	<b>90</b>	38
	Pós G.	22(3+15+4)	22	29(21+8)	34	7	22	<b>8</b>	<b>38</b>	66	28
<b>Computador?</b>	Sim	96(28+47+21)	<b>97</b>	85(64+21)	<b>100</b>	32	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>234</b>	<b>99</b>
	Não	0	0	0	0	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	0	0
<b>Internet?</b>	Sim	96(28+47+21)	<b>97</b>	85(64+21)	<b>100</b>	32	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>234</b>	<b>99</b>
	Não	0	0	0	0	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	0	0
<b>Carro próprio?</b>	Sim	28(12+9+7)	28	47(30+17)	<b>55</b>	18	<b>56</b>	7	33	100	42
	Não	65(16+34+17)	<b>68</b>	38(34+4)	45	14	<b>44</b>	<b>14</b>	<b>67</b>	<b>131</b>	<b>55</b>
<b>Família tem carro?</b>	Sim	89(25+43+21)	<b>90</b>	84(64+20)	<b>99</b>	32	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>226</b>	<b>95</b>
	Não	10(3+4+3)	10	1	1	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	11	5
<b>Livros?</b>	Até 50	31(8+19+4)	<b>31</b>	27(21+6)	<b>32</b>	21	<b>66</b>	11	<b>52</b>	91	<b>38</b>
	50-100	31(8+15+8)	<b>31</b>	26(23+3)	31	11	<b>34</b>	7	33	75	32
	100-200	11(3+5+3)	11	11(8+3)	13	0	<b>0</b>	1	<b>5</b>	23	10
	200-500	14(6+6+2)	14	7(5+2)	8	0	<b>0</b>	1	<b>5</b>	22	9
	500 -1000	5(1+1+3)	5	8(4+4)	6	0	<b>0</b>	1	<b>5</b>	14	6
	>1000	4(2+1+1)	4	4(1+3)	5	0	<b>0</b>	<b>0</b>	0	8	3

## APÊNDICES

### APÊNDICE B1

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

(Conforme a Resolução nº 196, do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de 1996)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa *SAÚDE DA FAMÍLIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: DA PRÁTICA ATUAL ÀS NOVAS PROPOSTAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NAS ESCOLAS MÉDICAS*. Enquanto aluno da graduação ou interno do Curso de Graduação em Medicina, ou ainda como preceptor da Atenção Básica você foi selecionado e sua participação não é obrigatória, mas **voluntária**. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a coordenação ou com os demais docentes do seu curso médico ou com sua instituição.

**O problema investigado:** O objetivo deste projeto é estabelecer e/ou aperfeiçoar estratégias de ensino-aprendizagem em novos cenários de prática, após análise e avaliação comparativa dos dados e informações obtidos mediante a aplicação de questionários para estudantes e internos de medicina, bem como de entrevistas com seus preceptores. Espera-se com este projeto contribuir no aprimoramento da formação de um médico, sensível e identificado com as demandas de saúde da população brasileira.

**Procedimento:** Sua participação nesta pesquisa consistirá em **responder a um questionário semiestruturado**, visando a avaliar o ensino médico no Brasil. Eventualmente você poderá também participar de entrevistas gravadas ou de registros em vídeo, tendo para isso que firmar termos de autorização específicos para uso de voz e imagem.

**Riscos:** Não existem quaisquer riscos relacionados com a sua participação.

**Benefícios:** Os benefícios relacionados com a sua participação é contribuir para a melhoria do ensino médico em geral no Brasil, pois essas conclusões sobre educação médica poderão ser difundidas amplamente no país e se tornarem efetivas.

**Confidencialidade:** As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os resultados serão divulgados em apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos. O Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz pode ter acesso aos dados coletados.

**Custo e pagamento:** Participar dessa pesquisa não implicará em nenhum custo para você, e, como voluntário, você também não receberá qualquer valor em dinheiro como compensação pela participação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço dos pesquisadores responsáveis, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.



**Pesquisadores Responsáveis:** José Roberto Bittencourt Costa e Luiz Anastácio Alves  
Instituto Oswaldo Cruz, Av. Brasil 4365, Laboratório de Comunicação Celular –  
Rio de Janeiro-RJ – Telefones (021) 2560-1191 ramal:173 - das 9 às 17 horas.  
Centro Universitário Serra dos Órgãos – Av. Alberto Torres 111, Alto –Teresópolis  
RJ -Coordenação de Medicina – Tels 021 2641 7068; 2641 7078 - das 9 às 18  
horas.

---

Declaro que entendi os objetivos, condições, riscos e benefícios de minha  
participação na pesquisa e estou de acordo em participar.

\_\_\_\_\_  
(local e data)

\_\_\_\_\_  
(nome)

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

## **APÊNDICE B2**

### **AUTORIZAÇÃO PARA FOTOGRAFIA E FILMAGEM**

#### **AUTORIZAÇÃO PARA FOTOGRAFIA E FILMAGEM**

Por meio deste documento autorizo os pesquisadores José Roberto Bittencourt Costa e Luiz Anastácio Alves ou o(s) seu(s) representantes(s) por eles designado(s), a fazer, reproduzir ou multiplicar fotografias, vídeos, filmes ou transparências em que eu apareça no todo ou sendo focalizada uma parte de meu corpo, para fins de informação, pesquisa ou divulgação, para educação em medicina e saúde ou para docência, publicados em periódicos ou em outros meios de divulgação científica, podendo ser feitos a cor ou em preto e branco.

Autorizo, ainda, que a reprodução e multiplicação dessas imagens possam ser acompanhadas ou não de texto explicativo, abrindo mão de qualquer direito de pré-inspeção e pré-aprovação do material, assim como de qualquer compensação financeira pelo seu uso, e que será publicado preservando meu nome e minha privacidade.

Deixo expresso nesta autorização que permito que meu rosto seja utilizado, sem as tarjas usualmente empregadas para dificultar a identificação tendo como único objetivo conferir a pesquisa supracitada o registro o mais espontâneo possível de minha imagem quando da participação na experimentação de novas estratégias de ensino em novos cenários de prática das Escolas Médicas.

Compreendo que as expressões registradas em vídeo e/ou fotografias são importantes aliadas na identificação da resposta à experimentação destas estratégias, pela possibilidade de demonstrar alegria, prazer ou ainda, insatisfação diante das mesmas e, portanto auxiliar na análise deste estudo e enriquecer sua apresentação.

Declaro ser maior de idade, tendo todo o direito de autorizar os termos acima expressos, em meu próprio nome, estando plenamente ciente do inteiro teor desta autorização que também será assinada por duas testemunhas.

Instituição:

\_\_\_\_\_

Local

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome completo:

\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

End. Residencial (rua, bairro, cep, cidade, estado):

\_\_\_\_\_

Nome da testemunha:

\_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha:

\_\_\_\_\_

Nome da testemunha:

\_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha:

## **APÊNDICE C**

### **QUESTIONÁRIO PARA ESTUDANTES DA GRADUAÇÃO E INTERNOS EM INSTITUIÇÕES SEM METODOLOGIA ATIVA DE ENSINO-APRENDIZAGEM**

#### **IDENTIFICAÇÃO:**

A) Instituição: \_\_\_\_\_ B) Gênero: masculino ( ) feminino ( )

C) Data de nascimento: \_\_\_\_\_

D) **Estágio do Curso**: Estudante ( ) Qual período? \_\_\_\_ Interno ( )

#### **QUESTIONÁRIO:**

*Marque sempre uma ÚNICA resposta em todas as questões, com **exceção** das **questões 10 e 11**. Caso não concorde com nenhuma opção apresentada cite a sua opinião em “outro”.*

**01** – Qual foi o **motivo** que o levou a escolher medicina?

A família

Elevação de status e/ou de condição econômica

Interesse científico

Vocação

Outro \_\_\_\_\_

**02** – Qual foi o **motivo** que o levou a escolher medicina *nesta Instituição*?

Por ser pública.

Proximidade.

Interesse científico e a possibilidade de publicação de Trabalhos científicos.

Referência ou nome da Instituição

Única na qual fui aprovado (a)

Outro \_\_\_\_\_

**03** – Como você **analisa o atual currículo** de sua Escola Médica?

Muito Interessante

Interessante

Pouco Interessante

Ainda sem opinião formada

Outro \_\_\_\_\_

**04** – Você conhece ou já ouviu falar a respeito das **Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem** ou de seu uso em alguma Escola Médica?

SIM

NÃO

Outro \_\_\_\_\_

**05** - Caso sua resposta tenha sido “SIM” ou tenha assinalado “outro” tendo algum conhecimento sobre esta modalidade de ensino-aprendizagem: você acredita que **o uso das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem** teria alguma vantagem sobre o atual currículo de sua Escola?

SIM

NÃO

Outro \_\_\_\_\_

**06** - Caso sua resposta tenha sido “SIM” ou tenha assinalado “outro” tendo algum conhecimento sobre esta modalidade de ensino-aprendizagem: **Qual é sua opinião** sobre a mesma? Caso contrário pule esta questão.

Minha Instituição deveria incorpora-la em seu currículo

Acredito que a sua implantação seria muito difícil.

Prefiro o atual currículo

Não tenho opinião formada

Outro \_\_\_\_\_

**07** - Como tem sido para você **participar** das atividades de campo -(na Atenção Básica ou na Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF-) em seu Curso de Graduação?

Muito Interessante

Interessante

Pouco Interessante

Ainda sem opinião formada

Outro \_\_\_\_\_

**08** - O que você **manteria** nesta prática?

O número de *atendimentos* da Unidade

O número de *alunos* inseridos na Unidade

Atividades em grupo com a comunidade

Visitas domiciliares

Trabalho ou pesquisa em campo

O preceptor

A participação ou a realização de atendimentos na Unidade de Saúde

O espaço físico oferecido pela Unidade de Saúde

Outro \_\_\_\_\_

**09** - O que você **modificaria** nesta prática?

O número de *atendimentos* da Unidade: Diminuiria ( ) Aumentaria( )

O número de *alunos* inseridos na Unidade: Diminuiria ( ) Aumentaria( )

Atividades em grupo com a comunidade

Visitas domiciliares

Trabalho ou pesquisa em campo

O preceptor

A participação ou a realização de atendimentos na Unidade: Diminuiria( )  
aumentaria ( )

O tempo desta atividade ou o tempo que se passa na Unidade: Diminuiria ( )

Aumentaria( )

O espaço físico oferecido pela Unidade de Saúde

Outro \_\_\_\_\_

**10-** O que você sugeriria para **melhorar o ensino e aprendizagem** em suas atividades de campo na Atenção Básica ou nas UBSFs? **Responda de 1 até 10**, sendo o **nº 1** considerado o **mais** prioritário e o **nº 10** o de **menor** prioridade. *Caso considere a necessidade de incluir a opção “outro” numere-a também.*

( ) Capacitação do preceptor local

( ) Aumentar a disponibilidade do preceptor local para atender aos alunos

( ) Presença de um preceptor externo a Unidade

( ) Presença de um monitor ou aluno sênior (mais experiente) na Unidade

( ) Uso de recursos como a exibição de filmes comerciais.

- ( ) Uso de recursos como a teatralização.
- ( ) Uso de recursos como a criação de vídeos.
- ( ) Uso das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem nestes cenários
- ( ) Aumentar o trabalho ou pesquisa em campo
- ( ) Incrementar a interação com a comunidade da área adscrita que poderia ajudar no processo de aprendizagem
- ( ) Outro \_\_\_\_\_

**11** – Em relação ao ensino e aprendizagem em suas atividades de campo na Atenção Básica ou nas UBSFs: Qual seria **o maior problema** que esta apresenta? Responda de 1 até 10, sendo o **n° 1** considerado o **maior** problema e o **n° 10** o **menor** problema. *Caso considere a necessidade de incluir a opção “outro” numere-a também.*

- ( ) Ausência de capacitação do preceptor local
- ( ) Falta ou pouca disponibilidade do preceptor local para atender aos alunos
- ( ) Falta de um preceptor externo a Unidade
- ( ) Ausência de um monitor ou aluno sênior (mais experiente) na Unidade
- ( ) Falta de recursos como filmes comerciais nestes cenários.
- ( ) Falta de recursos como teatralização nestes cenários.
- ( ) Falta de recursos como a criação de vídeos nestes cenários.
- ( ) Falta do uso das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem
- ( ) Melhoria do trabalho ou pesquisa em campo
- ( ) Falta de interação com a comunidade da área adscrita que poderia participar do processo de aprendizagem
- ( ) Outro \_\_\_\_\_

**12** – Qual o grau de influência que a **participação** em atividades de campo na Atenção Básica/UBSF adotado por esta Instituição, está tendo na sua trajetória profissional?

Muita influência

Alguma influência

Nenhuma influência

Ainda sem opinião formada

Outro \_\_\_\_\_

**13** – A **experiência a partir de atividades de campo em novos cenários** de prática como nas Unidades Básicas de Saúde da Família ou na Atenção Básica, promovida por esta instituição esta tendo alguma influência na sua trajetória profissional?

**Suscitou** o interesse pela especialidade de Médico de Família ou generalista

**Reforçou** o interesse pela especialidade de Médico de Família ou generalista

**Reforçou** o *desinteresse* pela especialidade de Médico de Família ou generalista

**Suscitou** o interesse pela aprendizagem e estudo por outras áreas/especialidades. Qual? \_\_\_\_\_

**Reforçou** o interesse pela aprendizagem e estudo por outras áreas/especialidades. Qual? \_\_\_\_\_

Outro \_\_\_\_\_

**14** – A **experiência em novos cenários** de prática como nas Unidades Básicas de Saúde da Família ou na Atenção Básica **a partir de atividades de campo**,

promovida por esta instituição o (a) inclinaria a **exercer** a Medicina de Família ou a Clínica Geral (Generalista)?

Sim. Teria muita influência

Sim. Teria alguma influência

Não. Nenhuma influência

Ainda sem opinião formada

Outro\_\_\_\_\_

A seguir é solicitado alguns dados sobre o **Perfil Sócio Econômico** dos participantes dessa pesquisa: *SAÚDE DA FAMÍLIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: DA PRÁTICA ATUAL ÀS NOVAS PROPOSTAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NAS ESCOLAS MÉDICAS*

**Idade:** \_\_\_\_\_anos;

**Estado civil:** \_\_\_\_\_;

Segundo sua opinião qual é sua **Cor:** Negra Parda Amarela Branca

Outra\_\_\_\_\_

**Mora com a família** Não Sim

**Em imóvel:** Próprio Alugado Cedido Outro

**Tem outro curso superior?** Não Sim -

**Qual?**\_\_\_\_\_;

**Trabalha ou estuda em outra atividade:** Não Sim -

**Qual?**\_\_\_\_\_;

Possui renda própria? Não Sim - **Quanto?** R\$\_\_\_\_\_;

Considerando os seus rendimentos (caso tenha) e os de seus pais ou responsáveis que moram com você, qual é aproximadamente a **renda de sua família?**

( ) Até cinco salários mínimos (até R\$3.110,00)

( ) Mais de 5 até 10 salários mínimos (R\$3.110,00 a R\$ 6.220,00)

( ) Mais de 10 até 15 salários mínimos (R\$ 6.220,00a R\$ 9.330,00)

( ) Mais de 15 até 20 salários mínimos (mais de R\$ 9.330,00a R\$ 12.440,00)

( ) Mais de 20 salários mínimos (mais de R\$ 12.440,00)

**Escolaridade completa do pai:**

( )Sem escolaridade ( )1º Grau ( )2º Grau ( )3º Grau ( )Pós-Graduação

**Escolaridade completa da mãe:**

( )Sem escolaridade ( )1º Grau ( )2º Grau ( )3º Grau ( )Pós-Graduação

Você tem **computador em casa?** Não Sim

**Acessa Internet?** Não Sim

Você tem **carro próprio?** Não Sim

**Sua família** tem carro? Não Sim

No total, incluindo os escolares, quantos **livros você possui?**

( )Até 50 ( )51 a 100 ( )101 a 200 ( )201 a 500 ( )501 a 1.000 ( )mais de 1.000

## **APENDICE D**

### **QUESTIONÁRIO PARA ESTUDANTES DA GRADUAÇÃO E INTERNOS COM METODOLOGIA ATIVA DE ENSINO-APRENDIZAGEM**

#### **IDENTIFICAÇÃO:**

A) Instituição: \_\_\_\_\_ B) Gênero: masculino ( ) feminino ( )

C) Data de nascimento: \_\_\_\_\_

D) **Estágio do Curso:** Estudante ( ) Qual período? \_\_\_\_ Interno ( )

#### **QUESTIONÁRIO:**

*Marque sempre uma ÚNICA resposta em todas as questões, com exceção das questões 11 e 12. Caso não concorde com nenhuma opção apresentada cite a sua opinião em “outro”.*

**01** – Qual foi o **motivo** que o levou a escolher medicina?

A família

Elevação de status e/ou de condição econômica

Interesse científico

Vocação

Outro \_\_\_\_\_

**02** – Qual foi o **motivo** que o levou a escolher medicina *nesta Instituição?*

Por ser pública.

Proximidade.

Interesse científico e a possibilidade de publicação de Trabalhos científicos.

Referência ou nome da Instituição

Única na qual fui aprovado (a)

Outro \_\_\_\_\_

**03** - Caso sua instituição tenha adotado no seu currículo da medicina as metodologias ativas de ensino/ aprendizagem: **o que pensa** sobre sua experiência com as metodologias ativas no ensino da medicina?

Muito Interessante

Interessante

Pouco Interessante

Ainda sem opinião formada

Outro \_\_\_\_\_

**04** – Em caso da resposta acima a respeito das Metodologias Ativas terem sido consideradas como “pouco interessante” ou “ainda sem opinião formada” ou ainda selecionada “outro” com análise negativa, **justifique** a sua resposta; caso sua impressão tenha sido positiva, pule esta questão:

A aula expositiva é melhor

Aprende-se mais com o professor dando aulas

A organização do novo método é difícil ou deixa a desejar

Não consigo aprender com o novo método

Outro \_\_\_\_\_

**05** - Caso sua instituição tenha adotado as metodologias ativas de ensino/aprendizagem: quais seriam as **vantagens** sobre o método tradicional de ensino? *Caso as respostas anteriores tenham considerado uma impressão negativa sobre as metodologias ativas não responda a esta questão.*

Autonomia nos estudos  
Tempo para estudar  
Conhecimento é integrado  
Método mais dinâmico de aprendizagem  
Outro \_\_\_\_\_

**06** - O que você **manteria** com o uso das metodologias ativas de ensino/aprendizagem?

O número de alunos na Tutoria  
O tutor ou preceptor  
Os problemas utilizados  
O tempo utilizado na Tutoria  
A avaliação  
Outro \_\_\_\_\_

**07** - O que você **modificaria** com o uso das metodologias ativas de ensino/aprendizagem?

Aumentaria o número de alunos na Tutoria  
Diminuiria o número de alunos na Tutoria  
O tutor ou preceptor  
Aumentaria o tempo utilizado na Tutoria  
Diminuiria o tempo utilizado na Tutoria  
A avaliação  
Os problemas  
Outro \_\_\_\_\_

**08** - Como tem sido para você **participar** das atividades na Atenção Básica/UBSF?

Muito Interessante  
Interessante  
Pouco Interessante  
Ainda sem opinião formada  
Outro \_\_\_\_\_

**09** - O que você **manteria** nesta prática?

O número de *atendimentos* da Unidade  
O número de *alunos* inseridos na Unidade  
Atividades em grupo com a comunidade  
Visitas domiciliares  
Trabalho ou pesquisa em campo  
O preceptor  
A participação ou a realização de atendimentos na Unidade de Saúde



O espaço físico oferecido pela Unidade de Saúde  
Outro\_\_\_\_\_

**10 - O que você modificaria nesta prática?**

O número de *atendimentos* da Unidade: Diminuiria ( ) Aumentaria( )  
O número de *alunos inseridos* na Unidade: Diminuiria ( ) Aumentaria( )  
Atividades em grupo com a comunidade  
Visitas domiciliares  
Trabalho ou pesquisa em campo  
O preceptor  
A participação ou a realização de atendimentos na Unidade:Diminuiria( )  
aumentaria ( )  
O tempo que se passa na Unidade: Diminuiria ( ) Aumentaria( )  
O espaço físico oferecido pela Unidade de Saúde  
Outro\_\_\_\_\_

**11 - O que você sugeriria para melhorar o ensino e aprendizagem na Atenção Básica ou nas UBSFs? Responda de 1 até 10, sendo o n° 1 considerado o **mais** prioritário e o n° 10 o de **menor** prioridade. Caso considere a necessidade de incluir a opção "outro" numere-a também.**

- ( ) Capacitação do preceptor local
- ( ) Aumentar a disponibilidade do preceptor local para atender aos alunos
- ( ) Presença de um preceptor externo a Unidade
- ( ) Presença de um monitor ou aluno sênior (mais experiente) na Unidade
- ( ) Uso de recursos como a exibição de filmes comerciais.
- ( ) Uso de recursos como a teatralização.
- ( ) Uso de recursos como a criação de vídeos.
- ( ) Uso das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem nestes cenários
- ( ) Aumentar o trabalho ou pesquisa em campo
- ( ) Incrementar a interação com a comunidade da área adscrita que poderia ajudar no processo de aprendizagem
- ( ) Outro\_\_\_\_\_

**12 – Em relação ao ensino e aprendizagem na Atenção Básica ou nas UBSFs : Qual seria o maior problema que esta apresenta?Responda de 1 até 10, sendo o n° 1 considerado o **maior** problema e o n° 10 o **menor** problema. Caso considere a necessidade de incluir a opção "outro" numere-a também.**

- ( ) Ausência de capacitação do preceptor local
- ( ) Falta ou pouca disponibilidade do preceptor local para atender aos alunos
- ( ) Falta de um preceptor externo a Unidade
- ( ) Ausência de um monitor ou aluno sênior (mais experiente) na Unidade
- ( ) Falta de recursos como filmes comerciais nestes cenários.
- ( ) Falta de recursos como teatralização nestes cenários.
- ( ) Falta de recursos como a criação de vídeos nestes cenários.
- ( ) Falta do uso das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem
- ( ) Melhoria do trabalho ou pesquisa em campo
- ( ) Falta de interação com a comunidade da área adscrita que poderia participar do processo de aprendizagem
- ( ) Outro\_\_\_\_\_

**13** – Qual o grau de influência que a **participação** em atividades na Atenção Básica/UBSF adotado por esta Instituição, está tendo na sua trajetória profissional?

Muita influência

Alguma influência

Nenhuma influência

Ainda sem opinião formada

Outro \_\_\_\_\_

**14** – Qual o grau de influência que o **uso das Metodologias Ativas** de Ensino-Aprendizagem, adotado por esta Instituição, está tendo na sua trajetória profissional? Caso sua instituição **NÃO** tenha adotado no seu currículo da medicina as metodologias ativas de ensino/ aprendizagem pule esta questão.

Muita influência

Alguma influência

Nenhuma influência

Ainda sem opinião formada

Outro \_\_\_\_\_

**15-** Qual é a **influência** que o novo modelo curricular (metodologia ativa e inserção em UBSFs) adotado por esta Instituição esta tendo na sua trajetória profissional? Caso sua instituição **NÃO** tenha adotado no seu currículo da medicina as metodologias ativas de ensino/ aprendizagem pule esta questão.

Suscitou o interesse pela aprendizagem e estudo pela Medicina de Família ou pela Clínica Geral

Suscitou o interesse pela aprendizagem e estudo por outras áreas/especialidades

Criou autonomia para minha vida profissional

Sinto-me mais humanizado para exercer a medicina

Aprendi a administrar melhor o tempo para estudo

Outro \_\_\_\_\_

**16** – A **experiência em novos cenários** de prática como nas Unidades Básicas de Saúde da Família ou na Atenção Básica, promovida por esta instituição esta tendo alguma influência na sua trajetória profissional?

**Suscitou** o interesse pela especialidade de Médico de Família ou generalista

**Reforçou** o interesse pela especialidade de Médico de Família ou generalista

**Reforçou** o *desinteresse* pela especialidade de Médico de Família ou generalista

**Suscitou** o interesse pela aprendizagem e estudo por outras áreas/especialidades. Qual? \_\_\_\_\_

**Reforçou** o interesse pela aprendizagem e estudo por outras áreas/especialidades. Qual? \_\_\_\_\_

Outro \_\_\_\_\_

**17** – A **experiência em novos cenários** de prática como nas Unidades Básicas de Saúde da Família ou na Atenção Básica, promovida por esta instituição o (a) inclinaria a **exercer** a Medicina de Família ou a Clínica Geral (Generalista)?

Sim. Teria muita influência

Sim. Teria alguma influência  
Não. Nenhuma influência  
Ainda sem opinião formada  
Outro \_\_\_\_\_

A seguir é solicitado alguns dados sobre o **Perfil Sócio Econômico** dos participantes dessa pesquisa: *SAÚDE DA FAMÍLIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: DA PRÁTICA ATUAL ÀS NOVAS PROPOSTAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NAS ESCOLAS MÉDICAS*

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos;

**Estado civil:** \_\_\_\_\_;

Segundo sua opinião qual é sua **Cor:** Negra Parda Amarela Branca  
Outra \_\_\_\_\_

**Mora com a família** Não Sim

**Em imóvel:** Próprio Alugado Cedido Outro

**Tem outro curso superior?** Não Sim -

**Qual?** \_\_\_\_\_;

**Trabalha ou estuda em outra atividade:** Não Sim -

**Qual?** \_\_\_\_\_;

Possui renda própria? Não Sim - **Quanto?** R\$ \_\_\_\_\_;

Considerando os seus rendimentos (caso tenha) e os de seus pais ou responsáveis que moram com você, qual é aproximadamente a **renda de sua família?**

- ( ) Até cinco salários mínimos (até R\$3.110,00)
- ( ) Mais de 5 até 10 salários mínimos (R\$3.110,00 a R\$ 6.220,00)
- ( ) Mais de 10 até 15 salários mínimos (R\$ 6.220,00a R\$ 9.330,00)
- ( ) Mais de 15 até 20 salários mínimos (mais de R\$ 9.330,00a R\$ 12.440,00)
- ( ) Mais de 20 salários mínimos (mais de R\$ 12.440,00)

**Escolaridade completa do pai:**

( )Sem escolaridade ( )1º Grau ( )2º Grau ( )3º Grau ( )Pós-Graduação

**Escolaridade completa da mãe:**

( )Sem escolaridade ( )1º Grau ( )2º Grau ( )3º Grau ( )Pós-Graduação

Você tem **computador em casa?** Não Sim

**Acessa Internet?** Não Sim

Você tem **carro próprio?** Não Sim

**Sua família** tem carro? Não Sim

No total, incluindo os escolares, quantos **livros você possui?**

( )Até 50 ( )51 a 100 ( )101 a 200 ( )201 a 500 ( )501 a 1.000 ( )mais de 1.000

# ARTIGO 5

## **PERCEPÇÕES DOCENTES SOBRE A PRECEPTORIA NA ATENÇÃO BÁSICA**

Aplicação e análise de questionários para docentes de três Escolas Médicas a respeito da percepção da preceptoria e do ensino-aprendizagem realizado na Atenção Básica. Verificamos aí diversas tensões que vão desde a falta de identidade do preceptor com a especialidade de Saúde da Família ou com a própria Atenção Básica, planejamento inadequado das atividades aí exercidas, até a verificação do numero excessivo de alunos aí inseridos ou ainda a realização de consultas massificadas. Percebemos que estas situações podem de fato, contribuir para a realização de uma preceptoria deficiente. Este artigo deverá ser submetido a periódico nacional/internacional.

**PERCEPÇÕES DOCENTES SOBRE A PRECEPTORIA NA  
ATENÇÃO BÁSICA  
PERCEPTIONS OF FACULTY TEACHERS IN PRIMARY CARE  
ABOUT PRECEPTORSHIP**

José Roberto Bittencourt Costa<sup>1</sup>

Luiz Anastacio Alves<sup>2</sup>

Cristina Alves Magalhães de Souza<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Curso de Graduação em Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), Laboratório de Comunicação Celular - Programa de Pós-graduação em Ensino em Biociências e Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).*

<sup>2</sup>*Laboratório de Comunicação Celular - Instituto Oswaldo Cruz – FIOCRUZ*

## Resumo:

As Escolas Médicas brasileiras ainda privilegiam um ensino baseado no modelo reducionista e assistencialista. As Diretrizes Curriculares Nacionais e diversos Programas governamentais vêm promovendo modificações nos currículos destas Escolas com a defesa de diversas estratégias para a transformação desta condição. Dentre estas é destacada a inserção de graduandos de medicina em novos cenários de prática como na Atenção Básica –AB- a partir das Unidades Básicas de Saúde da Família - UBSFs, cenário que pode promover a melhoria de suas capacidades reflexiva, ética, psicológica e humanística. No entanto, estudos apontam que há diversas barreiras a serem transpostas para a efetiva inserção destes discentes nas UBSFs. Este estudo teve como objetivo verificar a percepção sobre a preceptoria realizada na AB a partir da aplicação de questionários com perguntas abertas a 32 docentes preceptores de três Escolas Médicas brasileiras -02 Federais e 01 Privada-. A análise das respostas apresentadas a partir da criação de categorias verificou que o planejamento nesses cenários pelas coordenações das Escolas Médicas necessita de aperfeiçoamento e que há uma forte demanda para a melhoria da capacitação dos preceptores. O estudo de estratégias que considerem o aperfeiçoamento do preceptor local e da organização local deve ser refletido para o sucesso desta inserção e o real aproveitamento do cenário de prática da Atenção Básica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Escolas Médicas; Saúde da Família; Docentes; Ensino.

## Summary

The teaching methods that prevail in most Brazilian medical schools still lend itself to a disconnection and detachment of graduated professionals from social demands. The National Curriculum Guidelines for Undergraduate Medical-DCNs and government programs are promoting changes in the curricula of these schools, trying to improve the actual condition. They defend the inclusion of undergraduate students of medicine in new practice setting such as primary care and family health units (UBSFs) in order to ameliorate their ethical, reflective, psychological and humanistic ability. Nevertheless, several studies indicate that there are challenges to be overcome for the effective integration of medical students in AB. The goal of this study was to evaluate perceptions of preceptors about their work in AB, doing a survey with 32 preceptors with questionnaires with open questions in three Brazilian Medical Schools one Federal and two Privates. The results obtained after a careful analysis indicate a necessity of improvement training scenario by coordinators as well as preceptors. The study of strategies that consider the improvement of the local preceptor and the local organization should be reflected for actual success of teaching and learning process in the family health units.

**KEYWORDS:** Medical Schools; Family Health, Teachers, Teaching.

## INTRODUÇÃO

O modelo biomédico utilizado pela grande maioria das Escolas Médicas Brasileiras é ainda predominantemente biologicista e reducionista. Seu corolário imediato é privilegiar frequentemente o assistencialismo e a excessiva medicalização como principal proposta de intervenção no processo de adoecer. Estar saudável é frequentemente compreendido em padrões de normatividade e parâmetros estatísticos e a consideração para a subjetividade e a afetividade ainda é pouco valorizada. Dessa forma, a percepção das reais necessidades coletivas esbarra em uma prática médica individualista e alienadora, sendo o direito de cidadania muitas vezes esquecido ou adormecido nos ombros do modelo médico-centrado (Luz, 1988; Esping-Andersen, 1990; Bobbio, 1992; Feuerwerker, 2002; Lampert, 2002; Ceccim *et al*, 2004; Feuerwerker 2004; Koffman *et al*, 2006; Oliveira, 2007; Nogueira, 2009; Rodrigues *et al*, 2009; Albuquerque, 2013).

A falta de integração do processo de aprendizagem aos serviços de saúde e de melhores parcerias entre as universidades e setores da sociedade civil e comunidades, sem a incorporação de uma visão de integralidade, têm colaborado para a inadequação do atual modelo de educação médica às demandas sociais e de forma mais categórica, à inadequação da formação médica e, sobretudo ética para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) (Campos *et al*, 2001; Rego, 2003; Nogueira, 2012).

Diante desses impasses seria urgente a articulação e a elaboração de estratégias potencialmente transformadoras desta condição. Sendo assim, as DCNs (Brasil, 2001) e os programas governamentais de estímulo às mudanças curriculares – notadamente aqueles dirigidos às escolas médicas – através de uma articulação envolvendo o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde criariam nestes últimos anos: (1) o Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares em Medicina (Promed, 2002); (2) o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE, 2005) e, (3) o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde, 2010).

Dentre as principais diretrizes pedagógicas defendidas por tais iniciativas podemos destacar a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem que devem ser *vividos* pelos estudantes desde o primeiro período. Tal condição é justificada, uma vez que esses novos cenários podem figurar como eixo educacional para a aprendizagem de uma medicina mais próxima das pessoas e

do processo de trabalho em equipes multiprofissionais, como aponta o artigo doze das DCNs:

A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional (Brasil, 2001, p. 39)

Sendo assim o SUS - através da AB, e mais especificamente, a partir de suas UBSFs deve receber os graduandos a partir das primeiras séries do curso, sobretudo como protagonistas ativos e não somente como observadores para vivenciar as mais diversas circunstâncias, notadamente aquelas referentes à relação usuário/profissional, comunicação, recursos diagnósticos e abordagem terapêutica dentro de suas especificidades sociais, econômicas, culturais e locais (Campos, 2005; Ferreira, 2007; Demarzo *et al*, 2011).

Segundo Nogueira (2012) a construção de um novo olhar - mais ampliado - sobre o sujeito e sobre a produção de cuidados na atenção básica é factível e pode estar em coerência a um projeto político e ético-humanista que reconhece no SUS a capacidade de suscitar as modificações requeridas na educação médica. Para tanto, utilizou como base um estudo etnográfico realizado a partir da experiência da reforma curricular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), em Niterói - RJ -, com a disciplina *Trabalho de campo supervisionado*. Nessa disciplina os alunos do curso de medicina são inseridos em cenários da vida real, como unidades básicas de saúde, além de cenários sociais e de organizações não governamentais. Portanto, a AB e em particular a Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir da inserção de alunos em UBSF pode se traduzir como um cenário extremamente relevante para o ensino médico, na medida em que esta representa o modelo de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) - ou da Atenção Básica à Saúde - no âmbito do SUS (Andrade *et al*, 2006).

Além dos Programas mencionados, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB, 2013a) vem apresentando um papel diferenciado ao possibilitar a especialização em Saúde da Família e Comunidade para médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas aí inscritos através da adesão destes profissionais ao Programa. Além disso, oferece aos médicos 10% de bônus para os concursos de residência após um ano programa. Vale ressaltar que a vivência adquirida no cenário da AB pode ainda aproximar e sensibilizar esses profissionais a atuarem futuramente na AB, área notadamente carente de



profissionais médicos como apontado nas palavras do então Ministro da Saúde, Antônio Padilha:

O PROVAB é mais uma iniciativa do Ministério da Saúde destinada a enfrentar um dos maiores desafios do SUS, ter mais médicos, bem formados e próximos da população que precisa (PROVAB, 2013b).

Apesar das considerações apontadas anteriormente é possível perceber que a inserção na AB apresenta problemas. Como exemplo, Gil *et al*, (2008, p.234 e 238) a partir das vivências nos cenários de prática da Universidade Estadual de Londrina -UEL- referem que há “pouco tempo para as práticas com os estudantes”, devido as demandas dos serviços voltadas para as necessidades de saúde da comunidade. Além deste aspecto apontam que muitos estudantes possuem a “sensação de que atrapalham o serviço” por ainda não possuírem habilidades e atitudes que contribuam para o cuidado.

Costa (2007; 2009) verificou aspectos semelhantes em estudo com alunos do quinto período do Curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) ao verificar que a inserção em UBSFs é pouco produtiva no processo de ensino-aprendizagem devido à falta de um melhor planejamento que integre o ensino-serviço- e ainda, à falta de profissionais de saúde ou docentes aí capacitados para a preceptoria.

Já Ciuffo *et al*, (2008) e Trajman *et al*, (2009) apontam questões em relação a necessária qualificação e capacitação dos preceptores aí lotados a partir da utilização de Metodologias Ativas de Ensino, cursos de clínica ampliada e de especialização em Saúde da Família. Além disso, argumentam que é necessária uma gratificação salarial diferenciada para os mesmos.

É observado dessa forma, o quanto é necessário a melhoria do processo de trabalho e da prática do ensino/aprendizagem na AB.

Mas aos olhos dos preceptores, identificados aqui como protagonistas deste estudo, quais seriam as suas impressões sobre o seu papel e seu desempenho nesses cenários?

Que transformações esses profissionais podem sugerir para uma possível melhoria da formação médica na AB e principalmente, do ensino/aprendizagem aí realizado?

A partir das respostas apresentadas em uma pesquisa qualitativa realizada com docentes preceptores na AB de 03 Escolas Médicas analisamos os problemas apresentados na preceptoria e as respectivas sugestões para a sua melhoria. Condição essa considerada como o objetivo deste estudo que foi

realizado como parte de Tese de Doutorado junto ao Programa de Ensino em Biociências do Instituto Oswaldo Cruz -IOC –FIOCRUZ-. RJ.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do UNIFESO e da FIOCRUZ tendo obtido as respectivas aprovações sob nº 457/10 em julho de 2010 e sob nº 506/11 de novembro de 2011. Após submissão e aprovação foi feita a aplicação de questionários e análise de seus respectivos resultados (Vide Apêndice B). Ressaltamos que a referida pesquisa está em consonância à resolução 196/96 (Resolução 196/96, 2013). Os respectivos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE- podem ser encontrados nos Apêndices A1 e A2.

### **METODOLOGIA:**

O cenário da pesquisa foi o Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) em Teresópolis – RJ e duas escolas médicas federais, no caso a Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Universidade Federal de Tocantins (UFT). Os critérios para a escolha das Escolas Federais participantes deste Projeto (UFF e UFT) levaram em consideração desde critérios de conveniência, como a acessibilidade e a disponibilidade dos professores/preceptores e dos alunos desses cursos bem como a possibilidade da obtenção de prévia autorização de suas coordenações; até as especificidades de sua grade curricular que tivessem uma orientação mais adequada às DCNs (Brasil, 2001). Dessa forma, o enfoque da integralidade como apontado nas DCNs que valorizasse um contexto humanístico e a visão biopsicosocioambiental, além naturalmente, da inserção de graduandos em novos cenários de prática foram considerados na eleição dessas Escolas. Já o UNIFESO – Instituição privada da pesquisa- além de ser a Instituição em que o pesquisador atua- apresentou modificações em seu currículo médico, como a adoção de Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem e a inserção em UBSFs desde os primeiros períodos e já participou de Programas como o Promed (2002), PRÓ-SAÚDE (2005) e PET-Saúde (2011), que são coerentes com a perspectiva da integralidade defendida pelas DCNs (Brasil, 2001; UFF (a), (b), 2013; UNIFESO (a), (b), 2013; UFT, 2013; Escolas Médicas do Brasil, 2013).

O Quadro nº 1 apresentado abaixo demonstra a relação das Escolas Médicas consideradas neste estudo, o modelo curricular adotado, suas especificidades e respectivos períodos em que são desenvolvidas.

Quadro nº 1 – Relação das Escolas estudadas, currículo adotado, especificidades e períodos relacionados

Escolas Médicas	Currículo	Especificidades	Período
UNIFESO	MAEA	Uso de ABP em sessões de tutoria com pequenos grupos de alunos	1º ao 8º
		Inserção na Atenção Básica (UBSF)	1º ao 4º
		Internato em Saúde da Família	9º
UFT	Tradicional	Saúde Coletiva Ecologia e qualidade de vida na Amazônia Introdução á Antropologia Psicologia e Ciência da vida	1º
		Saúde da Família – Vivências em Atenção Básica I Epidemiologia Bioética	2º
		Gerenciamento da Informação em Saúde	6º
		Saúde Indígena	7º
		Internato em Saúde da Família Internato Rural	9º
		Psicologia Médica	1º e 4º
UFF	Tradicional	“Medicina integral” da criança, adolescente, adulto (homem e mulher) e idoso	5º ao 8º
		Trabalho de Campo Supervisionado (Atenção Básica e UBSF) Epidemiologia Saúde e sociedade	1º ao 8º
		Internato em Saúde da Família (eletivo)	10º

Fonte: Escolas Médicas do Brasil, (2013); UFF (a) (b), (2013); UFT, (2013); UNIFESO (a) (b), (2013).

A população de estudo foi constituída por docentes preceptores que já tivessem experimentado a passagem pela AB ou UBSF por no mínimo um ano. As amostras selecionadas respeitaram o método de amostragem casual ou probabilístico por amostragem estratificada (Gil, 1999; Hill, 2005; Turato, 2005).

A técnica de coleta de dados escolhida foi a aplicação *in locu*, junto aos preceptores dos cursos de medicina, pelo pesquisador deste projeto e por professores colaboradores das respectivas Escolas, de questionários compostos por 04 perguntas abertas (Apêndice B) após preenchimento do TCLE (Apêndice A1 e A2). Os questionários abordaram os seguintes temas: (a) papel da preceptoria na AB; (b) análise sobre a inserção de alunos na AB (c) análise sobre a própria preceptoria e (d) sugestões para a melhoria do ensino-aprendizagem na AB. Além dessas perguntas solicitamos o fornecimento de alguns dados essenciais tais como: sua formação; se possuiu ou não alguma pós-graduação, seja na área de AB/SF ou não, além da identificação para qual período realiza sua preceptoria.

Na análise das respostas apresentadas utilizamos a Análise de Conteúdo de Bardin (2004), mais especificamente a Análise Temática com a criação de categorias propostas por Minayo (1999), definidas como unidades de registro sob um título genérico e agrupadas em razão de características comuns destes elementos. A seguir apresentamos no quadro nº 2 o questionário com a relação das perguntas abertas aplicadas aos preceptores.

Quadro nº 2 - Relação de perguntas abertas aplicadas aos preceptores

Perguntas abertas aplicadas ao preceptor
<p><i>Como você compreende o papel da preceptoria?</i></p> <p><i>Qual é sua análise sobre a inserção de alunos em Unidades de Atenção Básica ou Unidades de Saúde da Família?</i></p> <p><i>Qual é sua análise sobre a sua preceptoria em Unidades de Atenção Básica ou Unidades de Saúde da Família junto aos alunos de medicina?</i></p> <p><i>Em relação especificamente ao ensino-aprendizagem na Atenção Básica ou nas UBSF, como você analisa o mesmo? O que você sugeriria para melhorar o ensino-aprendizagem nestes cenários?*</i></p>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à formação dos preceptores verificamos que todos os preceptores são profissionais médicos na UFT e UFF, enquanto no UNIFESO há tanto enfermeiros que realizam a preceptoria para alunos até o 4º período, como médicos que seriam responsáveis até o 9º período. Outro aspecto importante é o fato dos preceptores da UFF que apresentaram uma maior qualificação (mestrado, doutorado) ainda que esta não seja voltada necessariamente para a área de Saúde da Família-SF-. Já no UNIFESO há um grande número de pós-graduados em SF (para todos os enfermeiros e médicos, pois a Instituição já possuiu uma Pós Graduação em SF no seu Campus). Em relação à UFT a maioria não possui Pós Graduação ou possui especialização em áreas clínicas como dermatologia. Apresentamos no Quadro nº3 a relação de preceptores do UNIFESO, UFF e UFT, respectivas especializações e períodos de atuação.

Quadro nº 3 – Relação de preceptores por Escolas Médicas, respectiva formação e período em que realizam a preceptoria

Escolas Médicas	Nº de preceptores	Formação e preceptoria
<b>UNIFESO</b>	8	Médicos e enfermeiros com pós-graduação em SF Preceptoria desde os primeiros períodos até o 9º
<b>UFF</b>	13	Médicos com pós-graduação (incluindo Mestrado e Doutorado) em áreas distintas à AB. Preceptoria do 6º ao 9º período
<b>UFT</b>	11	Médicos. Poucos com pós-graduação informada, senão em áreas clínicas. Preceptoria do 9º ao 12º

<b>Total:</b>	32	-
---------------	----	---

Em relação aos resultados apresentados nas respostas aos questionários aplicados, foi possível verificar as percepções sobre o papel da preceptoria do docente, a inserção de alunos em (suas) UBSFs, assim como o ensino-aprendizagem aí realizado.

Na primeira questão verificamos que em relação à importância do papel da preceptoria (Questão nº 1) a expressão de conteúdos referidos como “devo organizar, avaliar e orientar os alunos”, “organizar e orientar e ajudar no conhecimento dos alunos” ou ainda “agregar percepções de saúde e adoecimento com a vida social, cultural e geográfica” é bastante frequente entre os preceptores do UNIFESO. Dessa forma, criamos a categoria “responsabilidade” para estes preceptores.

Por outro lado, em relação aos preceptores da UFF observamos, ainda na questão 1, a condição da educação como “papel de transformação”. Portanto, consideramos a criação da categoria “transformação”. A presença de outros termos nesta questão como: “ser um exemplo para o aluno” ou “servir como estímulo ao aluno” possibilitou a criação de outras categorias: “estímulo” e “ser exemplar”. Já na UFT verificamos as categorias de “praticidade” e “orientação” expressas a partir das falas: “tem que oferecer orientação e vivência dentro da prática”, “saber condutas e uso prático da clínica” ou ainda “passar sua experiência e discutir casos”.

A partir do exemplo dessa primeira questão (nº 1), a análise comparativa das categorias criadas para cada uma das outras três questões, em relação a cada Escola Médica (UNIFESO, UFF e UFT), pode ser feita a partir da leitura dos quadros de nº 4 ao nº 9 onde foi mantido o discurso apresentado nas respostas oferecidas às assertivas. As quatro questões foram separadas duas a duas, em razão da grande quantidade de informações captadas no discurso dos preceptores. As categorias respeitaram os sentidos comuns dessas expressões como referido na metodologia.

Quadro nº 4 - Relação de categorias criadas e discurso apresentado a partir da aplicação do questionário com preceptores do UNIFESO- Questões 1 e 2

Questão	Categorias	Discurso apresentado
1- Como você	Responsabilidade	“Deve organizar as atividades,

<b>compreende o papel da preceptoria?</b>	Estudo ativo Visão Integral Facilitador	frequências, avaliar [...]” ”Procuro exercer as funções na Atenção Básica através da espiral construtivista e do arco de Magarez” “Estudo ativo baseado em evidências” “Aquele que organiza e avalia” “Organizar e orientar e ajudar no conhecimento dos alunos” “Agregar percepções de saúde e adoecimento com a vida social, cultural e geográfica” “Facilitador da relação entre teoria e pratica” “Ponte de ligação entre a Instituição de Ensino e a Unidade Básica”
<b>2- Qual é sua análise sobre a inserção de alunos em Unidades de Atenção Básica ou Unidades de Saúde da Família?</b>	Alunos em excesso Integrar a Academia Formação acadêmica Manejo socioambiental Resolutividade futura Melhor planejamento Participação no SUS Perfil mudado	“Com a diminuição do nº de Unidades há excesso de alunos” “Melhorando com a integração da Academia” “Grande importância para a formação acadêmica dos alunos e reciclagem dos profissionais” “Os alunos aprendem a lidar com diferentes realidades socioambientais” “Adquire conhecimentos para resolutividade futura” “Suma importância para a participação do SUS na formação e quanto da necessidade de atuar em todos os níveis de atenção” “Temos acompanhado uma mudança de perfil do aluno que já chega a Unidade com uma melhor visão e não apenas indo ver in loco o assunto abordado na tutoria”

Quadro nº 5- Relação de categorias criadas e discurso apresentado a partir da aplicação do questionário com preceptores do UNIFESO- Questões 3 e 4

<b>Questão</b>	<b>Categorias</b>	<b>Discurso apresentado</b>
<b>3- Qual é sua análise sobre a sua preceptoria em Unidades de Atenção Básica ou Unidades de Saúde da Família junto aos alunos de medicina?</b>	Busca de Integração Demonstração da realidade Atuação positiva Conciliação de atividades Unidade sem médico Crescimento para equipe Capacitação permanente Exercício de equilíbrio	“Procuro organizar e realizar um trabalho integrado à enfermagem” “Boa, mostrava a realidade de nossa comunidade” “Tenho boa relação com os alunos” “Tenho dificuldade de organizar as atividades de forma conciliada com os atendimentos” “Acho um pouco difícil em uma unidade sem médico. Alunos precisam de um conjunto como

		<p>equipe”</p> <p>“Proposta de crescimento contínuo e renovação constante para toda a equipe da Unidade”</p> <p>“Procuro me capacitar a todo o momento valorizando a educação permanente”</p> <p>“Temos que estar sempre em um exercício de equilíbrio entre as expectativas da Instituição, dos alunos, da secretaria de Saúde e dos usuários da Unidade de maneira que não prejudique uns aos outros”</p>
<p><b>4-Em relação especificamente ao ensino-aprendizagem na Atenção Básica ou nas UBSF, como você analisa o mesmo? O que você sugeriria para melhorar o ensino-aprendizagem nestes cenários?</b></p>	<p>Contato com a comunidade</p> <p>Ensinar é aprender</p> <p>Diminuição de alunos</p> <p>Integrar à academia e Prefeitura</p> <p>Ajuda nos temas</p> <p>Suporte com especialistas</p> <p>Educação permanente</p> <p>Educação continuada</p> <p>Demonstrar interesse</p> <p>Alunos em excesso</p>	<p>“Contato com a comunidade é muito importante para o aprendizado”</p> <p>“Os internos aprendem muito ensinando aos mais novos”</p> <p>“Quantitativo menor de alunos”</p> <p>“Integrar a academia e a Prefeitura para viabilizar uma prática melhor”</p> <p>“Ajudo nos temas e no cronograma proposto”</p> <p>“Suporte com especialistas nos orientando nas Unidades”</p> <p>“Atividades de Educação permanente assim como educação continuada”</p> <p>“Aproximar a academia dos cenários”</p> <p>“O grande número de alunos e da população a ser atendida limita o tempo que pode ser dispensado a todos”</p>

Quadro nº 6- Relação de categorias criadas e discurso apresentado a partir da aplicação do questionário com preceptores da UFF- Questões 1 e 2

Questão	Categorias	Discurso apresentado
<p><b>1- Como você compreende o papel da preceptoria?</b></p>	<p>Transformação</p> <p>Responsabilidade</p> <p>Induzir questões</p> <p>Facilitador</p> <p>Pesquisador</p> <p>Ser exemplar</p> <p>Estimular</p>	<p>“Educação com capacidade transformadora”</p> <p>“Professor comprometido e presente com alunos e que passe a importância da relação médico-paciente e da ética médica”</p> <p>“Responsabilização do aluno e valorização da ética médica”</p> <p>“Facilitador da inserção do aluno”</p> <p>“O preceptor deve atuar na âmbito clínico, de ensino e</p>

		<p>pesquisa”</p> <p>“Conduzir raciocínio clínico e reduzir o numero de exames desnecessários”</p> <p>“Estimular a investigação para que formemos pesquisadores...”</p> <p>“Orientação quanto postura ética e no trabalho em equipe”</p> <p>“proporciona contato além da aula expositiva”</p> <p>“motivador para os alunos”</p>
<p><b>2- Qual é sua análise sobre a inserção de alunos em Unidades de Atenção Básica ou Unidades de Saúde da Família?</b></p>	<p>Integração ao SUS</p> <p>Professor presente</p> <p>Humanização</p> <p>Teoria fácil e pratica difícil</p> <p>Vivência rica</p> <p>Aproximação da Atenção Básica</p> <p>Metodologia ausente</p> <p>Formação para Atenção Básica</p> <p>Vivência</p> <p>Ampliação da visão médica</p> <p>Desestimulo (professores e alunos)</p> <p>Precoce</p> <p>Criar habilidade</p>	<p>“Só acredito se tiver integrada ao SUS”</p> <p>“Professores devem estar presentes e não apenas médicos que não estão voltados ao ensino”</p> <p>“Espero que sensibilize a melhorar e humanizar a saúde”</p> <p>“Ensino ineficiente devido a massificação de consultas”</p> <p>“Oferece vivência rica e capaz de despertar criticas construtivas”</p> <p>“Aproxima o médico em formação da Atenção Básica que está carente de profissionais”</p> <p>“Faltam métodos....”</p> <p>“Fundamental para a Atenção Básica”</p> <p>“Melhora a formação dos alunos...”</p> <p>“Amplia a visão de medicina generalista”</p> <p>“Professores e alunos não gostam de ir para as UBS”</p> <p>“Aluno deveria ter mais conhecimento teórico antes de ir para a UBS”</p> <p>“Permite que o aluno desenvolva competências e habilidades”</p>

Quadro nº 7 - Relação de categorias criadas e discurso apresentado a partir da aplicação do questionário com preceptores da UFF- Questões 3 e 4

Questão	Categorias	Discurso apresentado
<p><b>3-Qual é sua análise sobre a sua preceptoría em Unidades de Atenção Básica ou</b></p>	<p>Atuação positiva</p> <p>Relação médico-paciente</p> <p>Sem prova</p> <p>Especialistas bem vindos</p> <p>Facilitador</p>	<p>“Procuo atuar da melhor forma e acho que tenho uma boa atuação”</p> <p>‘Posso transmitir a importância da relação médico-paciente”</p> <p>“Trata-se de disciplina sem prova”</p>



<b>Unidades de Saúde da Família junto aos alunos de medicina?</b>	Treinamento ausente Visão global Atenção Básica precária Espaço da realidade Integração difícil Estrutura local precária	“Sou especialista, mas os alunos exercitam a avaliação de exames e anamnese” “É um facilitador...” “Necessário treinamento profissional traçando conteúdos e métodos” “Introduzo à anamnese e exame físico elementar” “A medicina na área básica é precária e limitada” “Dificuldades na aceitação do professor e alunos no local” “Melhor se a estrutura física fosse mais adequada”
<b>4-Em relação especificamente ao ensino-aprendizagem na Atenção Básica ou nas UBSF, como você analisa o mesmo? O que você sugeriria para melhorar o ensino-aprendizagem nestes cenários?</b>	Aprender é fazer Voluntariedade do preceptor Integração das Unidades Qualificação do professor Atualização Permanência curta Supervisão ativa Planejamento Melhor avaliação Preceptoria interna Melhor estrutura local Reabertura da emergência Melhorar base Melhoria da integração (entre unidade preceptor e alunos) Professor sem perfil Melhorar base Métodos ativos de aprendizagem	“A melhor forma de aprender é fazer, vivendo todos os sentidos” “Vontade de atuar no TCS*” “Melhor relação com as Unidades de Saúde” “Deveriam aproveitar o conhecimento dos especialistas nas Unidades para passar além de ética e relação médico-paciente conhecimentos técnicos” “Não podemos esquecer sobre a necessidade e esforço constante na leitura de artigos” “Supervisão deveria ser mais ativa” “A preceptoria deveria ser realizada com profissionais envolvidos no atendimento” “Reabertura possibilitaria grande vivência” “A UBS precisa se estruturar para receber alunos e professores e entender o que significa a inserção da disciplina na unidade” “Os professores são especialistas e fazem atividade de especialidade no HUAP** e não querem ir para a UBS, pois não querem sair do ambiente hospitalar, a universidade deveria concursar professores com este perfil para atuarem diretamente na UBSF....” “Acho precoce a inserção se fosse em fases mais adiantadas da graduação seria mais produtivo” “Utilização de métodos ativos de aprendizagem”

\*TCS: Trabalho de Campo Supervisionado; HUAP\*\*: Hospital Universitário Antônio Pedro

Quadro nº 8 - Relação de categorias criadas e discurso apresentado a partir da aplicação do questionário com preceptores da UFT- Questões 1 e 2

Questão	Categorias	Discurso apresentado
<b>1 - Como você compreende o papel da preceptoría?</b>	Orientação Praticidade Humanização Médico para família Estimulo	“Orientação e vivência dentro da prática” “Saber condutas e uso prático da clínica” “Passar sua experiência e discutir casos” “O convívio com a comunidade ajuda a compreender as necessidades dos mesmos e os tornam mais humanos” “Ajuda a construir um médico para atender a toda família” “Orientação e discussão de casos” “Nortear os estudos, atender a suas demandas e esclarece dúvidas” “Estimular ao estudo” “Soma do conteúdo teórico ao prático” “Papel formador e orientador”
<b>2 - Qual é sua análise sobre a inserção de alunos em Unidades de Atenção Básica ou Unidades de Saúde da Família?</b>	Praticidade UBS deficiente Excelente iniciativa Qualidade Transformação Necessária Educadora	“Conhecimento médico” “Vivência para a prática” “Estrutura física deficiente” “Podem aprender pelo contato direto com pacientes e o dia a dia” “Os alunos conhecem os verdadeiros problemas e aprender a lidar de forma mais humana e menos mecânica” “Uma iniciativa excelente” “Melhoria da qualidade de atendimentos” “Aprende a lidar com os pacientes políquelixosos e à prática diária da UBS” “Entender as carências da comunidade e fazer perceber o papel do médico na transformação da sociedade” “Extremamente necessária para compreensão do SUS, e integrar a equipe multiprofissional” “Inserção já educa”

Quadro nº 9 - Relação de categorias criadas e discurso apresentado a partir da aplicação do questionário com preceptores da UFT- Questões 3 e 4

Questão	Categorias	Discurso apresentado
<b>3- Qual é sua análise sobre a sua</b>	Interesse Aperfeiçoamento	“Depende do interesse do aprendiz e do preceptor”

<p><b>preceptoria em Unidades de Atenção Básica ou Unidades de Saúde da Família junto aos alunos de medicina?</b></p>	<p>Aprendizado permanente Relação médico-paciente Crescimento pessoal Suscitar o generalista Capacitação Avaliação pelos alunos</p>	<p>“Procuro aperfeiçoamento profissional” “Aprendizado para ambos a partir da discussão de casos” “Procuro passar os princípios básicos da relação médico-paciente” “É uma ferramenta para a melhoria de meu crescimento como médica” “Procuro me dedicar ao estudo” “Os alunos me ajudam a estudar mais” “Posso demonstrar ao aluno a paixão pela medicina generalista e a importância da visão ampliada” “Aprendemos junto aos alunos pois temos que revisar e estudar sempre” “Capacitação permanente nas áreas da medicina e da saúde pública e que sejam avaliados pelos alunos” “Procuro sempre melhorar”</p>
<p><b>4-Em relação especificamente ao ensino-aprendizagem na Atenção Básica ou nas UBSF, como você analisa o mesmo? O que você sugeriria para melhorar o ensino-aprendizagem nestes cenários?</b></p>	<p>Capacitação Disponibilidade Contra referência Projetos comunitários Planejamento</p>	<p>“Formação acadêmica especializada com material didático especializado” “As UBS extrapolam o nº de pessoas assistidas e não há tempo para a discussão de casos” “Deveria haver melhor contra-referência para a discussão de diagnósticos” “Deveria ter mais tempo disponível e realizar projetos na comunidade” “Temos um déficit de horário para discussão” “Diminuir a demanda local” “Deveria haver padronização de assuntos e aplicação do aprendizado nas atividades” “Precisam mais prática de intervenções comunitárias”</p>

Notamos nos resultados das categorias formuladas a partir do discurso desses preceptores, condições relativamente semelhantes em relação ao “papel da sua preceptoria” (questão nº 3) nas três Escolas pesquisadas, tais como: a noção de responsabilidade, orientação praticidade humanização e estímulo.

Em relação à percepção sobre a inserção de alunos na Unidade (questão nº 2) categorias como “integração ao SUS”, “humanização”, “vivência rica”, “formação para AB”, “praticidade”, “necessária” e “participação no SUS” demonstram na percepção dos docentes, que a AB pode ser considerada como um cenário potencial para a sensibilização e possível atuação futura desses mesmos discentes como Médico de Família ou generalista. Por outro lado, ainda nessa mesma questão, categorias como “desestimulo”, “metodologia ausente”, “UBS deficiente” e “alunos em excesso” revelam que há necessidade de reestudar o planejamento destas inserções.

Já em relação à questão nº 4, a respeito da melhoria do ensino-aprendizagem percebemos algumas categorias fundamentais apontadas por todos estes docentes de forma muito semelhante tais como: “capacitação”, “qualificação do professor”, “atualização”, “supervisão ativa”, “ajuda nos temas”, “suporte com especialistas”, “educação permanente” e “educação continuada”. Assim observamos a partir dessa última questão, que esses aspectos parecem sinalizar uma perspectiva de análise e estudo em comum nesse cenário de prática, revelados por pelo menos três categorias expressas de maneira praticamente idênticas nos discurso dos preceptores das escolas médicas aqui pesquisadas: “qualificação”, “atualização” e “capacitação”; o que em última análise remetem a ideia de *aperfeiçoamento da condição de preceptor* como condição de maior relevância apontada por este estudo.

### **Participando de uma reunião com preceptores e alunos**

Quando da aplicação dos questionários aos preceptores de uma das Escolas Médicas, o pesquisador deste estudo teve a oportunidade de participar de uma reunião para a posse de um novo coordenador para a disciplina que contemplava atividades no cenário de prática da AB (Unidades Básicas de Saúde ou ainda UBSFs). A reunião foi muito interessante e rica em falas representativas, tendo sido abordadas várias questões relativas às condições em que a preceptoría era realizada na AB. Dessa forma, pontuamos os principais temas abordados nessa reunião, que ainda contou com alguns alunos representantes de períodos e de preceptores para o 5º e 6º período do curso de graduação em medicina, da referida disciplina aqui denominada –por questão de sigilo- como disciplina “Cenário de prática” ou “CP”. Na fala desses preceptores pudemos constatar que:

- Muitos professores não gostam de atuar enquanto preceptores da AB.
- A preceptorial da disciplina não é uma opção e sim uma obrigação: “Deve-se fazer o dever e não o que se quer” referiu um dos preceptores; “Os especialistas foram alijados e postos de lado, sou especialista e não quero ir para a rede” afirmou outro.
- Os horários destinados à disciplina CP não são respeitados pelos professores de outras disciplinas. São oferecidas outras aulas ou repostas no horário que deveria ser destinado a CP. Há ainda a sobreposição de atividades no horário da disciplina CP.
- A organização da disciplina varia muito, principalmente quando comparada entre os primeiros períodos e os períodos mais adiantados, sendo os primeiros considerados piores.
- Há resistência de alguns alunos para essa modalidade de disciplina, tal qual na disciplina de epidemiologia, segundo um preceptor que referiu a seguinte frase de um discente: “Não entrei na Faculdade para contar pobre” em alusão à elaboração de algum dado estatístico para alguma comunidade carente.
- Houve discussões mais calorosas quanto ao papel do médico preceptor: por um lado aqueles que referiam a questão do perfil de atuação, a condição da humanização e o seu compromisso social; por outro, como uma humanização, de certa forma imposta pela Instituição e que não seria exercida de forma espontânea
- Há professores que possuem um “ódio visceral” (nas palavras de um dos preceptores) pelo novo currículo (que privilegiou a abordagem prática e mais humanística), na medida em que este transformou praticamente toda uma construção ideológica e prática do modelo tradicional que já era bem aceita pelos docentes.
- Alguns alunos descreveram se sentirem ociosos na disciplina CP (fala de um aluno).
- “Temos que ver pessoas doentes. O aluno quer estar na prática. Não importa se o preceptor tem ou não doutorado ou se é especialista. Ele tem que estar ali com o aluno” (fala de um preceptor).
- A Reunião foi interrompida devido às discussões sem consenso. Além de terem tomado um rumo de discussões de caráter pessoal.

(Importante: há alguns cenários da disciplina CP que são em Ambulatórios de especialidades, como no caso do Ambulatório de quimioterapia concomitante às Unidades da Rede de Atenção Básica ou UBSFs).

Perante os fatos expostos nessa reunião percebemos de forma clara que a questão da preceptoria nesta reunião encontra diversas tensões semelhantes às já apontadas até aqui pela análise das respostas apresentadas pelos preceptores aos questionários aplicados nas três Escolas. Entre essas destacamos a questão da ociosidade e do melhor aproveitamento dos alunos e o planejamento de suas atividades nesses cenários e principalmente, à falta de identificação, de qualificação e de capacitação do preceptor à atuação na área da AB.

Diante dos resultados apontados percebemos que a qualificação do preceptor parece ser o aspecto comum aos olhos dos docentes das três Escolas pesquisadas. Dessa forma, estratégias que possam melhorar a capacitação desse profissional devem ser analisadas.

Sendo assim consideramos para efeito de pesquisa a respeito de propostas para capacitação de preceptores, a utilização de três termos fundamentais: “preceptoria”; “capacitação” e “atenção básica” na Biblioteca Virtual em Saúde –BVS-. O termo “tutoria” também foi utilizado em substituição à “preceptoria”. Esses termos foram combinados da seguinte forma: os três simultaneamente ou dois deles alternadamente. Dentre as combinações utilizadas a que apresentou maior número de resultados foi *preceptoria and atenção and basica* ressaltando que estes três termos já estão classificados nos descritores em saúde (DeCS, 2013). O resultado global aí apresentado foi de cerca de 175 documentos sendo 171 artigos e duas teses. Optamos por “filtrar” esta pesquisa utilizando como assunto principal “tutoria”, o que resultou em 90 documentos e posteriormente foi acrescentado o “*texto completo*”. Ao final obtivemos 24 documentos (23 artigos e 01 tese) (inter)nacionais permitindo uma melhor análise (BVS, 2013).

O quadro nº 10 abaixo descreve a seleção de alguns desses estudos sobre experiências/estudos (inter)nacionais relacionados à tutoria nas Escolas Médicas (inclusive em cenários de prática como a Saúde da Família/AB).

Quadro nº 10 – Relação de algumas das referências selecionadas com Título, modalidade de estudo e temática respectiva a partir da pesquisa na BVS utilizando os termos *preceptoria and atenção and basica*

## REFERÊNCIAS

Título e modalidade de estudo	Temática abordada
<p><i>Ensino e Aprendizagem em Serviços de Atenção Básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva da integralidade. "Narrativas e Tessituras"</i> Tese de doutorado (Albuquerque, 2007)</p>	<p><b>-Objeto de estudo com proposta de intervenção-</b> Enfoque no ensino-aprendizagem e avaliação nos serviços básicos do SUS com análise dos seus entraves e potencialidades para a transformação da formação e da assistência na perspectiva da integralidade tendo como referência as DCNs. Propõe que novos projetos de cuidados para a assistência e formação sejam construídos coletivamente.</p>
<p><i>Improving education in primary care: development of an online curriculum using the blended learning model.</i> Artigo (Lewin, 2009)</p>	<p>A eficiência da utilização de currículo de aprendizagem mista em Case Western Reserve University School of Medicine em Cleveland, Ohio com utilização de módulos disponíveis na web.</p>
<p><i>A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde</i> Artigo (Trajman et al, 2009)</p>	<p>Avaliação da opinião de 351 profissionais de saúde da RBS da SMS do Rio de Janeiro sobre a atividade de preceptoria. Verificou-se que há pouca valorização e estímulo às ações de preceptoria justificadas tanto pelas condições de trabalho e ensino como pela melhoria dos salários, da infraestrutura e da oportunidade de capacitação profissional. Responsabilizaram-se aí as IES e o Estado que devem realizar parcerias efetivas para amenizar esta situação</p>
<p><i>Estrategia de superación para perfeccionar la labor del tutor en los estudiantes de Medicina de la Filial de Ciencias Médicas de Morón.</i> Artigo (Alonso, 2010)</p>	<p>Estudo que verifica que a capacitação de professores tutores ainda é insuficiente junto a formação do médico generalista na Faculdade de Ciências Médicas de Moron em Cuba. Propõe uma estratégia de enfrentamento para melhorar o trabalho do tutor considerando três componentes: Superação, trabalho docente assistencial e trabalho metodológico.</p>
<p><i>Becoming a super preceptor: a practical guide to preceptorship in today's clinical climate.</i> Artigo (Barker et al, 2010)</p>	<p>Sugere maneiras de aplicar técnicas realistas para assegurar que a preceptoria seja bem sucedida</p>

Já o estudo apresentado no quadro nº 11 é baseado na narrativa de Sotolongo et al, (2005) em *Competencias docentes del Médico de Familia en el desempeño de la tutoría en la carrera de Medicina*. Tal estudo aborda as habilidades que os médicos de família cubanos devem ter para uma gestão pedagógica de maior qualidade. Segundo esses autores os médicos de família da Faculdade de Ciências Médicas "Julio Trigo López" apresentavam deficiências de conhecimentos e competências pedagógicas justificadas desde a falta de sua formação como especialistas para a APS até causas multifatoriais delegadas pelas muitas tarefas que devem enfrentar no duplo papel do ensino e cuidado. Como forma de combater essas deficiências esses autores definem algumas competências docentes essenciais que os preceptores devem exercer no seu

cotidiano tais como: domínio da tecnologia de informação e comunicação na gestão de ensino até o desenvolvimento do trabalho em equipe, além de uma formação humanista e ética entre outros, embora, não refira a forma como esses aspectos possam efetivamente ser alcançados.

Quadro nº 11 - Relação das principais dificuldades para a docência na APS e das competências docentes essenciais para preceptores

<b>Dificuldades para a docência na Atenção Primária</b>	<b>Competências docentes essenciais recomendadas</b>
<p><i>Ausência de um sistema de seleção e formação de tutores.</i></p> <p><i>Falta de adequação dos cenários para o ensino devido às dificuldades materiais.</i></p> <p><i>Relação ensino-serviço inadequada que acaba por resultar em improvisação e falta de motivação do professor.</i></p>	<p>Dominar o conteúdo de sua matéria.</p> <p>Proficiência nos componentes instrucionais propostos tais como: objetivos, conteúdos, métodos, formas de ensino, material didático e avaliação.</p> <p>Planejamento, organização, execução e controle de ações educativas envolvidas na formação do estudante.</p> <p>Desenvolvimento e uso de objetivos educacionais no processo de gestão de aprendizagem.</p> <p>Seleção e controle dos sistemas de ensino-aprendizagem em relação aos objetivos, conteúdo e avaliação.</p> <p>Organizar sistemas de tarefas que envolvam os alunos na sua aprendizagem.</p> <p>Saber abordar o processo de formação humanista e ética.</p> <p>Assumir a tecnologia de informação e comunicação na gestão de ensino.</p> <p>Desenvolver trabalho em equipe.</p> <p>Sistematicamente desenvolver sua própria formação docente.</p> <p>Estabelecer uma comunicação eficaz.</p>

Fonte: Adaptado de Sotolongo *et al*, 2013

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Á partir dos estudos apontados notamos que há uma grande diversidade de percepções e abordagens para a capacitação (considerada ideal) do exercício da preceptoria na área da saúde e mais especificamente nos cenários de prática da AB ou da UBSF utilizados pelas próprias Escolas Médicas. Será necessário indubitavelmente que se estude e procure a adequação mais próxima da interação entre as reais necessidades sociais brasileiras e a proposta de ensino de suas Escolas Médicas. Só assim estaremos próximos a oferecer efetivas propostas para o uso da AB em toda sua potencialidade de ensino-aprendizagem.



## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. P. de - **Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS**: desafios da formação médica com a perspectiva de integralidade: narrativas e tessituras - Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de doutor em Saúde Coletiva – área de concentração em Planejamento e Políticas Públicas do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro; s.n.; 2007. 291 p. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-494990> Acesso em Março de 2013

ALONSO N. M. A.; AMARAL A. DE LAS M. S.; MESA P. G. V.; CANTO O. R. C. ET AL, Estrategia de superación para perfeccionar la labor del tutor en los estudiantes de Medicina de la Filial de Ciencias Médicas de Morón. **MEDICIEGO**; v. 16 (Supl.2) 2010

ANDRADE LOM, BARRETO ICHC, FONSECA CD, HARZHEIM E. A Estratégia de Saúde da Família. In Duncan BB et al, (Org.). **Medicina ambulatorial**. Condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; p. 88-100. 2006

BARKER E.R.; PITTMAN O. Becoming a super preceptor: a practical guide to preceptorship in today's clinical climate. **J Am Acad Nurse Pract**; v.22 n.3, p.144-9, Mar 2010

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. 3ª edição. Lisboa / Portugal: Edições 70, LDA, 2004.

BOBBIO N. **A era dos direitos** 1.ª ed. Rio de Janeiro: Campus; 1992

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº. 4, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38

BVS Biblioteca Virtual em Saúde Disponível em: [http://pesquisa.bvsalud.org/regional/?q=preceptoria%20and%20atencao%20and%20basica&where=&index=&lang=pt&\\_charset\\_=iso-8859-1](http://pesquisa.bvsalud.org/regional/?q=preceptoria%20and%20atencao%20and%20basica&where=&index=&lang=pt&_charset_=iso-8859-1) Acesso em 05/03/2013

CAMPOS FE, FERREIRA JR, FEUERWERKER L, SENA RR, CAMPOS JJB, CORDEIRO H, JR CORDONI L. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica **Rev Bras Educ Méd** v.25 n.2, p.53-59, 2001

CAMPOS G.W.S. **Papel da Rede de Atenção Básica** em Saúde na Formação Médica - Diretrizes. Documento preliminar – abril de 2005. Disponível em [http://www.abem-educmed.org.br/pdf/doc\\_prof\\_gastao.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf/doc_prof_gastao.pdf). Acesso em 10 de Janeiro de 2012.

CECCIM R.; FEUERWERKER L.C.M. O quadrilátero da formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS**. v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CIUFFO, R. S.; RIBEIRO, V. M. B.. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface (Botucatu)**, vol.12, n.24, pp. 125-140; 2008.

COSTA J.R.B Análise da atuação das equipes do Programa de Saúde da Família no município de Teresópolis após a mudança curricular do curso de Medicina da Fundação Educacional Serra dos Órgãos, com a inserção precoce dos alunos: impressão dos médicos e enfermeiros. In: Moço ETSM, Falcão HBPT, Miranda JFA. **Reflexões sobre as Mudanças Curriculares na Área de Saúde: Ativando Processos**. Rio de Janeiro: Publit, p. 35-53; 2007.

COSTA J.R.B **Aprendizagem em unidades básicas de saúde da família e Metodologias Ativas: o olhar do estudante de medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos** 2009. 154 f. Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

DeCS **Descritores em Ciências da Saúde** Disponível em: <http://decs.bvs.br/>  
Acesso em: 03/03/2013

DEMARZO et al, (Orgs) Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina **Rev Bras Med Família e Comunidade**, v.6 n.19 p. 145-50, 2011.

ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL. **Estatísticas**. Disponível em: [www.escolasmedicas.com.br](http://www.escolasmedicas.com.br) Acesso em 20/06/2013.

ESPING-ANDERSEN G. **The three worlds of welfare capitalism**. New Jersey: Princeton University Press; 260 p.;1990

FERREIRA R.C., SILVA R.F., AGNER C.B. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem da Atenção Básica de Saúde. **Rev Bras de Educ Méd**.; v31, n.1, p. 52-59, 2007.

FEUERWERKER L.C.M. **Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: Processos e Resultados**. São Paulo: Hucitec; 2002.

FEUERWERKER L.C.M. Gestão dos Processos de Mudança na Graduação em Medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. **Educação médica em transformação**, instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; p.17-39, 2004.

GIL A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 edição. São Paulo: Editora Atlas S.A, 1999.

GIL C.R.R. ET AL Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Rev. Bras de Educ Méd**; v.32, n.2, p. 230-239, 2008.

HILL A.; HILL M. M. **Investigação por questionário**. Lisboa: Edições Silabo; 2005

KOIFMAN L; SAIPPA-OLIVEIRA G. As práticas de avaliação da formação e do cuidado orientadas pela integralidade: uma aproximação necessária In: Pinheiro, R, Mattos RA. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – ABRASCO; p. 245-260, 2006.

LAMPERT J.B. **Tendências de Mudança na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec/ABEM; 2002.

LEWIN L.O. ET AL, Improving education in primary care: development of an online curriculum using the blended learning model. **BMC Med Educ**; v. 9 n.33, 2009.

LUZ, M. T. **Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MINAYO M. C. S. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO Gabinete do Ministro - Portaria Interministerial Nº 421, de 03 de Março de 2010 institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde **PET-Saúde**. Diário Oficial da União nº 43, Brasília, 05 de Março de 2010. Seção 1, p. 52.

NOGUEIRA M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento **Rev. Bras. Educ. Med**. Rio de Janeiro v.33 n..2 abr./jun. p.262-270.2009

NOGUEIRA M.I. **Retratos da Formação Médica nos novos cenários de prática** - São Paulo: Hucitec; 2012.

OLIVEIRA, N.A. **Ensino Médico no Brasil: Desafios e prioridades, no contexto do SUS** - um estudo a partir de seis estados brasileiros – Tese de Doutorado em Ensino de Biociências e Saúde. Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/teses.php>

PRÓ-SAÚDE **Programa Nacional de Reorientação** da Formação Profissional em Saúde-. Brasília – DF, 2005, 80p. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22848](http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848). Acesso em 02 fev. 2008.

PROMED – **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares** nos Cursos de Medicina. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2002. [Edital de Convocação].

PROVAB **Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica** – Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1855](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1855) Acesso em 10 jan. de 2013 (a)

PROVAB 2013 **Noticias** Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=42692&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=42692&janela=1) Acesso em: 08/06/2013 (b)

REGO S.T.A. **A formação ética do médico**: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.

RESOLUÇÃO 196/96. Conselho Nacional de Diretrizes e Saúde. **Normas regulamentadoras** das pesquisas envolvendo seres humanos. <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm> Acessado em 07/02/2013

RODRIGUES P.H., SANTOS S. **Saúde e Cidadania**: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Editora Atheneu; 2009.

SOTOLONGO M.N.; MICHELENA, R.; HORTA L.F.B. Competencias docentes del Médico de Familia en el desempeño de la tutoría en la carrera de Medicina **Educ. med. super**; v.19, n.1, ene.-mar. 2005.

TRAJMAN A; Assunção N; Venturi M; Tobias D; Toschi W; Brant V A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde **Rev. Bras. Educ Med**; v.33, n.1, p.24-32, jan.-mar. 2009.

TURATO E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa **Rev Saúde Publica** v.39 n.3, p.507-14, 2005

UFF– Universidade Federal Fluminense – **Curso de Graduação em Medicina** – Matriz Curricular – Acesso em 20/04/2013. <https://sistemas.uff.br/iduff/sid137avUfd98/consultaMatrizCurricular.uff> (a)

UFF - Universidade Federal Fluminense – **Curso de Medicina**- Matriz curricular- Disponível em: <https://sistemas.uff.br/iduff/sid137avUfd98/consultaMatrizCurricular.uff> Acesso em 20/06/2013 (b)

UFT - Universidade Federal do Tocantins – **Curso de Medicina**- Disponível em: <http://ww1.uft.edu.br/index.php/ensino/graduacao/10762-medicina> Acesso em 20/06/2013.

UNIFESO - Centro Universitário Serra dos Órgãos– **Curso de Medicina** – Disponível em: [http://www.feso.br/graduacao/documentos/med/matriz\\_medicina.pdf](http://www.feso.br/graduacao/documentos/med/matriz_medicina.pdf) Acesso em 20/06/2013 (a)

UNIFESO Centro Universitário Serra dos Órgãos UNIFESO **Pesquisa** Disponível em: <http://www.feso.br/pesquisa.php#> Acesso em 25/05/2013 (b)

## APÊNDICES

### APÊNDICE A 1

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

(Conforme a Resolução nº 196, do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de 1996)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa *SAÚDE DA FAMÍLIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: DA PRÁTICA ATUAL ÀS NOVAS PROPOSTAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NAS ESCOLAS MÉDICAS*. Enquanto aluno da graduação ou interno do Curso de Graduação em Medicina, ou ainda como preceptor da Atenção Básica você foi selecionado e sua participação não é obrigatória, mas **voluntária**. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a coordenação ou com os demais docentes do seu curso médico ou com sua instituição.

**O problema investigado:** O objetivo deste projeto é estabelecer e/ou aperfeiçoar estratégias de ensino-aprendizagem em novos cenários de prática, após análise e avaliação comparativa dos dados e informações obtidos mediante a aplicação de questionários para estudantes, internos de medicina, e residentes em MFC, bem como de entrevistas com seus preceptores e respectivos coordenadores, contemplando as cinco grandes regiões brasileiras, no caso, Escolas Médicas Federais dos estados de Goiás, Tocantins, Alagoas, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Espera-se com este projeto contribuir no aprimoramento da formação de um médico, sensível e identificado com as demandas de saúde da população brasileira.

**Procedimento:** Sua participação nesta pesquisa consistirá em **responder a um questionário estruturado**, visando a avaliar o ensino médico no Brasil. Eventualmente você poderá também participar de entrevistas gravadas ou de registros em vídeo, tendo para isso que firmar termos de autorização específico para uso de voz e imagem.

**Riscos:** Não existem quaisquer riscos relacionados com a sua participação.

**Benefícios:** Os benefícios relacionados com a sua participação é contribuir para a melhoria do ensino médico em geral no Brasil, pois essas conclusões sobre educação médica poderão ser difundidas amplamente no país e se tornarem efetivas.

**Confidencialidade:** As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os resultados serão divulgados em apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos. O Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz pode ter acesso aos dados coletados.

**Custo e pagamento:** Participar dessa pesquisa não implicará em nenhum custo para você, e, como voluntário, você também não receberá qualquer valor em dinheiro como compensação pela participação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço dos pesquisadores responsáveis, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

**Pesquisadores Responsáveis:** José Roberto Bittencourt Costa e Luiz Anastácio Alves  
Instituto Oswaldo Cruz, Av. Brasil 4365, Laboratório de Comunicação Celular – Rio de Janeiro-RJ – Telefones (021) 2560-1191 ramal:173 - das 9 às 17 horas. Centro Universitário Serra dos Órgãos – Av. Alberto Torres 111, Alto –Terésópolis RJ -Coordenação de Medicina – Tels 021 2641 7068; 2641 7078 - das 9 às 18 horas.

---

Declaro que entendi os objetivos, condições, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e estou de acordo em participar.

---

(local e data)

---

(nome)

---

(assinatura)

## **APÊNDICE A2**

### **AUTORIZAÇÃO PARA FOTOGRAFIA E FILMAGEM**

Por meio deste documento autorizo os pesquisadores José Roberto Bittencourt Costa e Luiz Anastácio Alves ou o(s) seu(s) representantes(s) por eles designado(s), a fazer, reproduzir ou multiplicar fotografias, vídeos, filmes ou transparências em que eu apareça no todo ou sendo focalizada uma parte de meu corpo, para fins de informação, pesquisa ou divulgação, para educação em medicina e saúde ou para docência, publicados em periódicos ou em outros meios de divulgação científica, podendo ser feitos a cor ou em preto e branco.

Autorizo, ainda, que a reprodução e multiplicação dessas imagens possam ser acompanhadas ou não de texto explicativo, abrindo mão de qualquer direito de pré-inspeção e pré-aprovação do material, assim como de qualquer compensação financeira pelo seu uso, e que será publicado preservando meu nome e minha privacidade.

Deixo expresso nesta autorização que permito que meu rosto seja utilizado, sem as tarjas usualmente empregadas para dificultar a identificação tendo como único objetivo conferir a pesquisa supracitada o registro o mais espontâneo possível de minha imagem quando da participação na experimentação de novas estratégias de ensino em novos cenários de prática das Escolas Médicas. Compreendo que as expressões registradas em vídeo e/ou fotografias são importantes aliadas na identificação da resposta à experimentação destas estratégias, pela possibilidade de demonstrar alegria, prazer ou ainda, insatisfação diante das mesmas e, portanto auxiliar na análise deste estudo e enriquecer sua apresentação.

Declaro ser maior de idade, tendo todo o direito de autorizar os termos acima expressos, em meu próprio nome, estando plenamente ciente do inteiro teor desta autorização que também será assinada por duas testemunhas.

Instituição:

---

Local

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome completo:

---

Assinatura: \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

End. Residencial (rua, bairro, cep, cidade, estado):

---

Nome da testemunha:

---

Assinatura da testemunha:

---

Nome da testemunha:

---

Assinatura da testemunha:

---

## **APÊNDICE B**

### **QUESTIONÁRIO PARA PRECEPTORES**

*SAÚDE DA FAMÍLIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: DA PRÁTICA ATUAL ÀS NOVAS PROPOSTAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NAS ESCOLAS MÉDICAS.*

Função: ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Agente comunitário ( ) Professor da Instituição ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Você possui alguma especialização ou residência? ( ) sim ( ) não

Qual ou quais?

Na área da Medicina de Família e Comunidade teve alguma capacitação específica?

### **QUESTÕES:**

1) Como você compreende o papel da preceptoria?

---

---

---

---

2) Qual é sua análise sobre a inserção de alunos em Unidades de Atenção Básica ou Unidades de Saúde da Família?

---

---

---

---

3) Qual é sua análise sobre a sua preceptoria em Unidades de Atenção Básica ou Unidades de Saúde da Família junto aos alunos de medicina?

---

---

---

---

---

---

4) Em relação especificamente ao ensino e aprendizagem na Atenção Básica ou nas UBSFs você encontra-se satisfeito? O que você sugeriria para melhorar o ensino e aprendizagem nestes cenários?

---

---

---

---



## ARTIGO 6

### **SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA: ENTRE PORTAIS ELETRÔNICOS, TELESSAÚDE E BIBLIOTECAS DIGITAIS**

Este artigo considerou a utilização de novas estratégias de ensino-aprendizagem com estudantes do Internato do Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO e respectivo preceptor em uma Unidade Básica de Saúde da Família - UBSF - de Teresópolis –RJ-. Foram realizadas diversas Oficinas com a utilização de bases editoriais a partir de portais eletrônicos, como a utilização do Saúde Baseada em Evidências – SBE-, bibliotecas digitais, como a Biblioteca Evolution da Editora Elsevier e recursos da Telemedicina e da Telessaúde contextualizando a Medicina Baseada em Evidências. Ao final, aplicamos questionários aos discentes e ao preceptor utilizando a Escala de Likert. Foi observado um aumento do número absoluto/relativo para essa Escala. Essa condição parece ter sinalizado de que estaria havendo um maior ganho de conhecimento por parte do preceptor e desses discentes. Este Projeto foi submetido ao Projeto de Iniciação Científica Pesquisa e Extensão do UNIFESO - PICPE 2013- tendo sido aprovado com auxílio de Bolsa. Este artigo será submetido à publicação em periódico nacional/internacional.

**SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA:  
ENTRE PORTAIS ELETRÔNICOS, TELESSAÚDE E BIBLIOTECAS  
DIGITAIS**

**EVIDENCE-BASED HEALTH IN PRIMARY CARE: BETWEEN  
ELECTRONIC PORTALS, TELEHEALTH AND DIGITAL LIBRARIES**

José Roberto Bittencourt Costa<sup>1</sup>

Luiz Anastacio Alves<sup>2</sup>

Cristina Alves Magalhães de Souza<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Curso de Graduação em Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), Laboratório de Comunicação Celular Programa de Pós-graduação em Ensino em Biociências e Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).*

<sup>2</sup>*Laboratório de Comunicação Celular - Instituto Oswaldo Cruz – FIOCRUZ*

## RESUMO

A saúde baseada em evidências tem influenciado a educação em diversos cursos na área de saúde, principalmente as escolas de Medicina. Nesse contexto, as Unidades Básicas de Saúde da Família - UBSFs seriam um novo cenário para o uso desta estratégia. Contudo, diversos estudos apontam que há vários desafios a serem transpostos para esta condição. O objetivo deste trabalho consistiu em fazer um diagnóstico e propor soluções para aprimorar o processo de ensino-aprendizagem neste cenário. Iniciamos nosso estudo com a aplicação de questionários contendo perguntas fechadas e abertas para 237 discentes e 32 docentes de quatro Escolas Médicas – três Federais e uma Privada-. Verificamos que os alunos consideram como um problema o grau de capacitação do preceptor local. Resultado semelhante foi encontrado no discurso dos professores, analisados a partir da criação de categorias, que expressaram a necessidade de aprimoramento constante de sua atividade docente assistencial e do planejamento das atividades aí oferecidas. A partir desses resultados, utilizamos em uma UBSF novas estratégias de ensino-aprendizagem para uma possível melhoria das práticas em saúde nestes cenários, tais como: uso do portal *Saúde baseada em Evidências* do Ministério da Saúde; *Biblioteca Virtual em Saúde – BVS-*; *PubMed*; biblioteca digital *Evolution* da Editora Elsevier e ainda recursos da Telemedicina e da *Telessaúde* do *Projeto Nacional de Telessaúde*. Em seguida aplicamos novos questionários contendo perguntas fechadas e uma aberta, que foram analisadas a partir da Escala de Likert e da criação de categorias, comparando as respostas dadas nos dois momentos - pré e pós utilização destas ferramentas. Os resultados obtidos apontam que houve melhoria na qualidade da aprendizagem pelos graduandos de medicina e pelo preceptor local. Esperamos com este projeto contribuir para o aprimoramento e melhoria do processo de ensino-aprendizagem na UBSF, tornando tanto preceptores como seus graduandos mais afeitos ao uso de portais eletrônicos e aos princípios da saúde baseada em evidências.

**PALAVRAS-CHAVE:** Escolas Médicas; Saúde da Família; Medicina Baseada em Evidências; Portais de Acesso a Revistas Científicas

## Summary

The evidence-based health has influenced education in various courses in health care, especially medical schools. In this context, the Basic Health Units Family-UBSFs would be a new scenario for the use of this strategy. However, several studies indicate that there are several challenges to be overcome for this condition. The objective of this work was to make a diagnosis and propose solutions to improve the process of teaching and learning in this scenario. We begin our study with questionnaires containing open and closed questions to 237 students and 32 faculty members from four medical schools - Three-Federal and Private. We found that students consider as a problem the degree of training of the local preceptor. A similar result was found in our survey and discussion with faculty teachers, who expressed the need for constant updating and improvement of their teaching activities. Based on our results, we have used the UBSF scenario to apply new strategies for teaching and learning in order to improve health practices, such as: use of the evidence-based health portal of the Ministry of Health; Virtual Health Library-VHL; PubMed, Evolution of Elsevier digital library resources and still Telemedicine, Telehealth and the National Telehealth Project. Then, we have applied pre and post questionnaires, containing closed questions and one open question. The closed questions were analyzed from the creation of categories and the Likert Scale. Our results suggest that there was an improvement in the quality of learning by undergraduate students of medicine and local preceptor suggesting that the UBSFs can be legitimized as a teaching-learning space of interest where both the training of the local preceptor and undergraduate can occur. We hope that with this project to have contributed to the improvement of the teaching-learning process in UBSF, and enable tutors and students to become more familiar with electronic portals and principles of evidence-based education.

Medical Schools; Family Health, Evidence-Based Medicine; Portals for Scientific Journals

## INTRODUÇÃO

O ensino das Escolas Médicas brasileiras ainda está distanciado das reais necessidades da população brasileira. O exercício do trabalho médico na perspectiva de uma atenção à saúde integral, que considere os aspectos biopsicossocioambientais e a prestação de cuidados equânime ainda está longe de sua prática cotidiana (Almeida, 1999; Feuerwerker, 2002; Lampert, 2002; Feuerwerker 2004; Nogueira, 2009; Albuquerque, 2013).

De fato, a organização de um projeto político-pedagógico, método ou estratégia de ensino adotado pelas escolas médicas sem a consideração do campo do cuidado e da centralidade do usuário, é considerada como estratégia de potencial limitado para a modificação do trabalho educacional em saúde. Esse trabalho ainda é frequentemente estruturado na lógica hegemônica mecanicista e fragmentadora. Estudos apontam que a prática clínica deva ser exercida fundamentalmente como espaço de resistência e criação na educação dos profissionais da saúde em contraposição ao modelo biomédico reducionista. Esse último modelo ainda privilegia a medicalização e a condição de estar saudável em padrões de normatividade e parâmetros estatísticos onde há pouca consideração para a subjetividade e a afetividade (Luz, 1988; Feuerwerker, 2002; Lampert, 2002; Ceccim *et al*, 2004; Feuerwerker 2004; Koffman *et al*, 2006; Oliveira, 2007; Nogueira, 2009; Albuquerque, 2013).

O exercício da medicina deve assumir, sempre que possível, um desenho de prática social com o objetivo de instaurar uma prática na qual a produção de conhecimento, a formação acadêmica e a prestação de serviços sejam indissociáveis. Nessa lógica há a efetiva possibilidade de nos aproximarmos do perfil do médico proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNs) e, sobretudo de sua concepção ética ideal (Mendes, 1996; Brasil, 2001; Rego, 2003; Marins, 2004; Nogueira, 2009; Netto Cezar, 2010; Albuquerque, 2013):

[almeja-se] “um médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença e seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.” (Brasil, 2001, p. 39)

Nesse contexto, a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem se apresenta como eixo educacional de uma medicina mais próxima da

responsabilidade social e da perspectiva da integralidade da saúde sugerida pelas DCNs. Algumas características peculiares da Atenção Primária à Saúde (APS) – ou Atenção Básica de Saúde (ABS) – justificam sua utilização como cenário de aprendizagem médica, da seguinte forma: (a) a potencial resolução de até 80% dos problemas de saúde da população; (b) sua organização como local de acolhimento à demanda e de busca ativa de pacientes com avaliação de vulnerabilidade; (c) a possibilidade ultrapassar a concepção biomédica tradicional em direção aos aspectos subjetivos, sociais e ambientais de cada sujeito (Brasil, 2001; Starfield, 2002; Silveira, 2006; Ferreira *et al*, 2007; Brasil, 2010; WHO, 2010; Gomes, 2011; Gomes *et al*, 2011).

Além disso, as DCNs, em seu artigo doze, também defende a inserção em novos cenários de prática:

A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional (Brasil, 2001, p. 39)

Tal condição foi endossada por Campos (2005) e pela Associação Brasileira de Educação Médica –ABEM- (2009) ao afirmarem ser fundamental que o estudante de medicina participasse, desde o início de seu curso, de atividades junto à comunidade e em Unidades Básicas de Saúde ou ainda em Unidades Básicas de Saúde da Família - UBS ou UBSF. Além disso, que tivessem a preocupação com a qualidade e a integralidade da atenção aos pacientes e às comunidades. Posteriormente, Demarzo *et al*, (2011) representando a ABEM, publicariam as *Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina* na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade construídas então em parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade -SBMFC-. Nessas Diretrizes é apresentada todo o arcabouço teórico-prático para uma inserção ideal, do ponto de vista do ensino, a ser praticado na Atenção Primária, além de enfatizar que esta inserção esteja em consonância ao Sistema Único de Saúde –SUS- e de preferência presente longitudinalmente, ao longo de todo o curso.

Paralelamente a implementação de programas governamentais de estímulo às mudanças curriculares– principalmente aqueles dirigidos às escolas médicas – lançados nos últimos anos através do envolvimento do Ministério da Educação e o Ministério da Saúde vêm possibilitando uma melhor articulação entre as instituições de formação e o sistema de saúde. Citamos então: (1) o Programa de

Incentivos a Mudanças Curriculares em Medicina (Promed, 2002); (2) o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE, 2005), (3) o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde, 2010) e, mais recentemente o PROVAB (2011). A partir desses programas tem havido a real possibilidade de modificação das condições apontadas, uma vez que a integração entre o ensino, serviço e comunidade pode despertar transformações nos seus egressos (Albuquerque, 2013).

Apesar dos pressupostos apontados é possível perceber que a inserção na Atenção Básica –AB- apresenta problemas. Como exemplo, Gil *et al*, (2008, p.234 e 238) a partir das vivências nos cenários de prática da Universidade Estadual de Londrina -UEL- apontam: (a) “os diferentes tempos institucionais dos serviços e do ensino para atender às necessidades de saúde da comunidade geram pouco tempo para as práticas com os estudantes”; (b) a adesão diminuída dos estudantes, por ainda não possuírem habilidades e atitudes que contribuam para o cuidado perante a demanda existente nos serviços, produz frustrações e “sensação de que atrapalham o serviço”; (c) “falta de tempo dos profissionais de saúde para os estudantes aí inseridos” e (d), perda do significado das visitas domiciliares feitas por estudantes que se orientam predominantemente para o diagnóstico dos problemas de saúde da comunidade sem uma proposta de solução para estas visitas realizadas.

Costa *et al* (2007; 2009a ) a partir de uma pesquisa qualitativa com a aplicação de entrevistas analisadas por categorias, estudou a percepção dos alunos do 5º período do Curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) localizado na região serrana do estado do Rio de Janeiro. O autor avaliou a mudança curricular aí implantada com a utilização de Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem –MAEA- no caso a Aprendizagem Baseada em Problemas -ABP- e a inserção dos alunos, desde os primeiros períodos nas UBSF. Foi observado na fala desses estudantes, que a “ideia” da inserção precoce nas Unidades, ainda que seja válida, é pouco efetiva no processo de ensino-aprendizagem, devido à falta de um melhor planejamento que integre o ensino-serviço. Além disso, estes discentes referiram a falta de profissionais de saúde ou docentes aí capacitados para a preceptoria. Já em relação à impressão desses mesmos alunos ao uso da ABP, a partir de Sessões de Tutoria, foi apresentado um resultado satisfatório, sendo que a percepção da criação de

autonomia para o estudo foi um dos aspectos mais destacados (Bittencourt-Costa *et al*, 2011).

Além destes aspectos Ciuffo *et al*, (2008) e Trajman *et al*, (2009) apontam questões relacionadas à qualificação e à capacitação do preceptor tais como: a necessidade de utilização de Metodologias de Ensino, cursos de clínica ampliada e especialização em Saúde da Família e ainda a falta de gratificação salarial diferenciada para os mesmos.

Portanto, que transformações podem ser sugeridas para uma possível melhoria da prática do ensino/aprendizagem na Atenção Básica?

A partir das respostas apresentadas em uma pesquisa quali-quantitativa realizada, com discentes de 03 Escolas Médicas brasileiras e respectivos preceptores, lotados na AB, propusemos a experimentação e a análise de uma nova estratégia de ensino-aprendizagem neste cenário; condição esta considerada como o objetivo deste estudo que foi realizado como parte de Tese de Doutorado junto ao Programa de Ensino em Biociências do Instituto Oswaldo Cruz -IOC –FIOCRUZ-.

Este estudo foi ainda submetido como Projeto de Pesquisa ao *Projeto de Iniciação Científica Pesquisa e Extensão - PICPE - versão anual de 2013-* do UNIFESO. Foi aprovado com concessão de Bolsa ao pesquisador e a um discente, contando ainda com a participação por adesão de mais dois discentes. O PICPE tem como objetivo o apoio e o fomento à pesquisa e à extensão na Instituição, através de projetos propostos por docentes ou por funcionários técnico-administrativos, possibilitando a inserção do estudante da graduação como estagiário de iniciação científica, mediante processo seletivo (UNIFESO, 2013 a; UNIFESO, 2013b).

Após submissão e aprovação deste Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa do UNIFESO e da FIOCRUZ e respectivas aprovações sob nº 457/10 em julho de 2010 e sob nº 506/11 de novembro de 2011, além da autorização da coordenação do Curso de Medicina do UNIFESO foi feita a aplicação de questionários e a análise de seus respectivos resultados para a primeira fase desta pesquisa (Anexos 1, 2 e 3). Cabe ressaltar que a referida pesquisa está em consonância à resolução 196/96 (Resolução 196/96, 2013).

### **Metodologia**

Foram criadas, portanto duas fases de pesquisa neste trabalho:



1ª) Realização de pesquisa quali quantitativa com discentes e preceptores da AB e análise dos principais problemas para o ensino-aprendizagem neste cenário e respectivas demandas apontadas para sua melhoria.

2ª) Experimentação de estratégia de ensino-aprendizagem de acordo com os resultados apresentados na pesquisa da primeira fase.

**Primeira fase:**

O cenário da pesquisa foi o Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) em Teresópolis – RJ e três escolas médicas federais, no caso a Universidade Federal Fluminense (UFF), a Universidade Federal de Tocantins (UFT) e a Universidade Federal de Viçosa (UFV). Os critérios para a escolha das Escolas Federais participantes deste Projeto (UFF, UFT e UFV) levaram em consideração desde critérios de conveniência como a acessibilidade e disponibilidade dos professores/preceptores e alunos destes cursos médicos e a possibilidade da obtenção de prévia autorização de suas coordenações. Inclusive, foram levadas em consideração as especificidades de sua grade curricular que tivessem uma orientação mais adequada às DCNs (DCNs, 2001).

Dessa forma, o enfoque da integralidade como apontado nas DCNs que valorizasse um contexto humanístico e uma visão biopsicosocioambiental, além da inserção de graduandos em novos cenários de prática foram considerados na eleição dessas Escolas. Já o UNIFESO – Instituição privada da pesquisa- além de ser a Instituição em que o pesquisador atua, apresentou modificações em seu currículo médico como a adoção de MAEA. Além disso, já incorporava a inserção nas UBSFs desde os primeiros períodos, assim como também já havia participado do Promed (2002), PRÓ-SAÚDE (2005) e PET-Saúde (2011), programas coerentes às DCNs (DCNs, 2001; UFF, 2013 (a), (b); UNIFESO, 2013 (a), (b); UFV, 2013; UFT, 2013; Escolas Médicas do Brasil, 2013).

O Quadro nº 1 demonstra a relação das Escolas Médicas consideradas neste estudo, o modelo curricular adotado, suas especificidades e respectivos períodos em que são desenvolvidas.

Quadro nº 1 – Relação das Escolas estudadas, currículo adotado, especificidades e períodos relacionados

Escolas Médicas	Currículo	Especificidades	Período
UNIFESO	MAEA	Uso de ABP em sessões de tutoria com pequenos grupos de alunos	1º ao 8º
		Inserção na Atenção Básica (UBSF) Internato em Saúde da Família	1º ao 4º 9º

<b>UFT</b>	Tradicional	Saúde Coletiva	1º	
		Ecologia e qualidade de vida na Amazônia		
		Introdução à Antropologia		
		Psicologia e Ciência da vida		
		Saúde da Família – Vivências em Atenção Básica I		2º
		Epidemiologia		
		Bioética		
	Gerenciamento da Informação em Saúde	6º		
	Saúde Indígena	7º		
	Internato em Saúde da Família	9º		
	Internato Rural			
<b>UFF</b>	Tradicional	Psicologia Médica	1º e 4º	
		“Medicina integral” da criança, adolescente, adulto (homem e mulher) e idoso	5º ao 8º	
		Trabalho de Campo Supervisionado (Atenção Básica e UBSF)	1º ao 8º	
		Epidemiologia		
		Saúde e sociedade		
	Internato em Saúde da Família (eletivo)	10º		
<b>UFV</b>	Tradicional	Prática profissional e trabalho em saúde	1º ao 8º	
		Ética, Bioética e Saúde Pública	1º	
		Estágio obrigatório Curricular em Saúde Coletiva	9º	

Fonte: Escolas Médicas do Brasil, (2013); UFF (a) (b), (2013); UFT, (2013); UFV, 2013; UNIFESO (a) (b), (2013)

A população do estudo foi constituída por alunos que já tivessem experimentado a passagem pela UBSF - no mínimo um ano de experiência neste cenário-. Foi dada preferência àqueles inseridos no Internato médico ou em períodos próximos ao mesmo, que possibilitasse uma maior experiência junto ao cenário da AB. Em relação aos preceptores também foi considerada a experiência mínima de um ano na AB.

As amostras selecionadas respeitaram o método de amostragem casual ou probabilístico por amostragem estratificada e a utilização de análise aritmética com o uso de frequência absoluta e relativa (Turato, 2005; Hill, 2005).

A técnica de coleta de dados escolhida junto aos alunos dos cursos de medicina foi a aplicação *in locu* pelo pesquisador deste projeto, de questionários compostos por 14 a 17 questões fechadas (Apêndices B e C) após aplicação dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE- (Apêndices A1 e A2) que abordaram os seguintes temas: (a) motivações para a escolha da carreira médica; (b) percepção do currículo adotado em sua Escola; (c) influência sobre a participação nas atividades da AB/UBSF durante a graduação, identificando o maior problema para o ensino-aprendizagem e a sugestão para a sua melhoria e, (d) influência da participação em atividades na AB/UBSF na perspectiva de sua trajetória profissional.

Para o interesse desta pesquisa foram escolhidas somente duas questões que foram elaboradas propositalmente de forma complementar: 1ª: a identificação do maior problema para o ensino-aprendizagem na AB; 2ª: a sugestão para a sua melhoria. Nessas duas questões foram apresentadas 10 opções que poderiam receber o número de 1 a 10 de acordo ao grau de prioridade ou relevância considerado pelo discente em sua resposta – sendo o nº 1 considerado como a opção de maior prioridade e o nº 10, a menor-, além da opção de uma resposta aberta, conforme é demonstrado no quadro nº 2 e 3 (Apêndices B e C).

Quadro nº 2: Questão sobre o maior problema apresentado para o ensino e aprendizagem na Atenção Básica e respectivas opções

<b>Questão sobre o maior problema para o ensino e aprendizagem na Atenção Básica</b>
<i>Em relação ao ensino e aprendizagem na Atenção Básica ou nas UBSFs: Qual seria o <b>maior problema</b> que esta apresenta? Responda de 1 até 10, sendo o n° 1 considerado o <b>maior problema</b> e o n° 10 o <b>menor problema</b>. Caso considere a necessidade de incluir a opção "outro" numere-a também. .</i>
<input type="checkbox"/> Ausência de capacitação do preceptor local <input type="checkbox"/> Falta ou pouca disponibilidade do preceptor local para atender aos alunos <input type="checkbox"/> Falta de um preceptor externo a Unidade <input type="checkbox"/> Ausência de um monitor ou aluno sênior (mais experiente) na Unidade <input type="checkbox"/> Falta de recursos como filmes comerciais nestes cenários. <input type="checkbox"/> Falta de recursos como teatralização nestes cenários. <input type="checkbox"/> Falta de recursos como a criação de vídeos nestes cenários. <input type="checkbox"/> Falta do uso das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem <input type="checkbox"/> Melhoria do trabalho ou pesquisa em campo <input type="checkbox"/> Falta de interação com a comunidade da área adscrita que poderia participar do processo de aprendizagem <input type="checkbox"/> Outro_____

Quadro nº 3: Questão sobre a sugestão para melhoria do ensino e aprendizagem na Atenção Básica e respectivas opções

<b>Questão sobre a melhoria do ensino e aprendizagem na Atenção Básica</b>
<i>O que você sugeriria para <b>melhorar o ensino e aprendizagem na Atenção Básica</b> ou nas UBSFs? Responda de 1 até 10, sendo o n° 1 considerado o <b>mais prioritário</b> e o n° 10 o de <b>menor prioridade</b>. Caso considere a necessidade de incluir a opção "outro" numere-a também.</i>
<input type="checkbox"/> Capacitação do preceptor local <input type="checkbox"/> Aumentar a disponibilidade do preceptor local para atender aos alunos <input type="checkbox"/> Presença de um preceptor externo a Unidade <input type="checkbox"/> Presença de um monitor ou aluno sênior (mais experiente) na Unidade <input type="checkbox"/> Uso de recursos como a exibição de filmes comerciais. <input type="checkbox"/> Uso de recursos como a teatralização. <input type="checkbox"/> Uso de recursos como a criação de vídeos. <input type="checkbox"/> Uso das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem nestes cenários <input type="checkbox"/> Aumentar o trabalho ou pesquisa em campo <input type="checkbox"/> Incrementar a interação com a comunidade da área adscrita que poderia ajudar no processo de aprendizagem <input type="checkbox"/> Outro_____

O estudo dessas duas questões foi feito a partir da análise aritmética das respostas como prioritárias e a obtenção de suas respectivas frequências

absolutas e relativas (questões fechadas ou estruturadas). Dessa forma, foram verificadas tanto as opções consideradas como “o maior problema” para o ensino-aprendizagem na AB, como aquelas consideradas para a sua “melhoria” a partir da prioridade assinalada.

Em relação à análise das eventuais respostas obtidas a partir da questão aberta (“outros”) inseridas nestas duas perguntas optamos por utilizar a Análise de Conteúdo de Bardin (2004), mais especificamente a Análise Temática com a criação de categorias propostas por Minayo (1999). Essas categorias foram definidas como unidades de registro sob um título genérico e agrupadas em razão de características comuns destes elementos.

Essa mesma condição foi considerada na análise das respostas fornecidas pelos preceptores, através de outro questionário, contendo quatro perguntas abertas. Para esses foi solicitado o fornecimento de alguns dados tais como: sua formação; se possuiu ou não alguma pós-graduação, seja na área de AB/SF ou não, além da identificação para qual período realiza sua preceptoria. Em coerência ao objetivo deste estudo consideramos a análise exclusiva das respostas oferecidas à questão número quatro (Apêndice D).

O quadro nº 4 a seguir apresenta as quatro perguntas abertas aplicadas ao preceptor e a questão selecionada neste estudo (em negrito).

Quadro nº4 - Relação de perguntas abertas aplicadas ao preceptor e a questão selecionada neste estudo (em negrito)

Perguntas abertas aplicadas ao preceptor
<p><i>Como você compreende o papel da preceptoria?</i></p> <p><i>Qual é sua análise sobre a inserção de alunos em Unidades de Atenção Básica ou Unidades de Saúde da Família?</i></p> <p><i>Qual é sua análise sobre a sua preceptoria em Unidades de Atenção Básica ou Unidades de Saúde da Família junto aos alunos de medicina?</i></p> <p><b><i>Em relação especificamente ao ensino-aprendizagem na Atenção Básica ou nas UBSF, como você analisa o mesmo? O que você sugeriria para melhorar o ensino-aprendizagem nestes cenários?*</i></b></p>

\*Questão considerada neste estudo

O Quadro nº 5 demonstra de forma sintética a população de estudo, a forma de coleta de dados e a técnica de análise correlata.

Quadro nº 5 – Relação da população de estudo, técnica aplicada e técnica de análise respectiva

População de estudo	Coleta de dados	Técnica de análise

Graduandos	Questionário com perguntas fechadas e abertas	Predomínio de operações aritméticas com frequência relativa e absoluta (questões fechadas) + Análise temática (opção “outros”)
Preceptores	Questionário com perguntas abertas	Análise temática

## Resultados

Foram aplicados questionários com os graduandos do 6º período e internato do UNIFESO; 7º e 8º período, além de internos do 10º e 11º períodos da UFF, internos da UFT e 7º período da UFV, durante o segundo semestre de 2012 e o de 2013. A escolha desses períodos se deu pelos critérios metodológicos já apresentados, além de critérios de conveniência tais como: a disponibilidade para a aplicação dos questionários e a aceitação na participação da pesquisa.

A Tabela nº 1 contém a relação das Escolas estudadas e respectiva amostra da população de estudo, além do nº de alunos matriculados potencialmente por período e o nº total de questões analisadas (474), ou seja: duas questões multiplicadas pelo nº de alunos avaliados para cada período.

Tabela nº 1– Relação das Escolas estudadas, respectiva amostra da população de estudo, nº de alunos matriculados potencialmente por período e o nº de questões analisadas

Escolas Médicas	Nº discentes avaliados*	Alunos /período	Nº de questões analisadas**
UNIFESO	85 {64(6ºp)+21(Int)}	72 <sup>1</sup>	2x85=170
UFF	99 {28(7ºp)+47(8ºp)+24(22Int)}	144 <sup>2</sup>	2x99=198
UFT	32 (Internos)	40 <sup>1</sup>	2x32=64
UFV	21 (7ºp)	50 <sup>2</sup>	2x21=42
Total:	<b>237</b>	-	<b>474</b>

\* Inclui graduandos e internos (Int.)

\*\* Questões analisadas multiplicadas pelo nº de alunos

Nº sobrescrito: 1- Por semestre (entrada semestral); 2- Por ano (entrada anual).

### Resultados dos discentes:

Em relação aos resultados apresentados para os discentes notamos que tanto em relação àquele identificado como o maior problema apresentado para o ensino-aprendizagem na AB, quanto àquele indicado para a sua melhoria, a *capacitação do preceptor* foi considerada como item de maior prioridade. Dessa forma, os estudantes de seis dentre os sete períodos, consideraram como o mais prioritário para a melhoria do ensino-aprendizagem na AB: a *capacitação do preceptor*. Esta condição correspondeu a 36%: 85 alunos em nº absolutos,

relativos à soma de 20+8+24+8+15+10 para o 6º período e internato do UNIFESO; 7º, 8º períodos e Internato da UFF além do Internato da UFT e 7º período da UFV respectivamente, dentre os 237 que responderam ao questionário.

Já aqueles que assinalaram como o maior problema: *a ausência de capacitação do preceptor* correspondente a uma “aparente pequena porcentagem” de alunos, ou seja, 23%: 54 alunos em nº absolutos relativos à soma de 11+15+8+10+10 para o 7º, 8º períodos e Internato da UFF além do Internato da UFT e 7º período da UFV respectivamente, dentre os 237 respondentes; o que na verdade demonstra que a maioria dos alunos de cinco dentre os sete períodos pesquisados escolheram esta prioridade.

*A falta de disponibilidade do preceptor* (considerada como maior problema para o 6ºp. e Internos do UNIFESO) e até *a necessidade de aumentar a pesquisa de campo* (considerada como maior prioridade para melhoria do ensino aprendizagem pelos Internos do UNIFESO) também foram consideradas como prioritárias embora por um número menor de graduandos.

Esses dados podem ser melhor verificados na Tabela nº 2 que apresenta a relação das Escolas Médicas com respectivos períodos incluindo o nº absoluto e relativo de alunos que responderam às questões e suas respectivas opções assinaladas como prioritárias.

Tabela nº 2 - Relação das Escolas Médicas com respectivas amostras de alunos e a resposta assinalada como item de maior prioridade contendo os números absolutos e relativos destes estudantes

Questões	Escolas Médicas com respectivas amostras de alunos por períodos e resposta considerada como prioritária em nº absoluto e relativo						
	UNIFESO		UFF			UFT	UFV
	6º P (64)	Int. (21)	7ºP (28)	8ºP (47)	Int.(24)	Int. (32)**	7ºP (21)
Melhoria E/A	Capac. Precep.	Aument. pesq.	Capac. precep.	Capac. precep.	Capac. precep.	Capac. precep.	Capac. precep.
(nº abs.)%*	(20) 31%	(6) 29%	(8) 29%	(24) 51%	(8) 33%	(15) 47%	(10) 48%
Problema E/A	Falta de disp. precep.	Falta de disp. precep.	Aus. capac. precep.	Aus. capac. precep.	Aus. capac. precep.	Aus. capac. precep.	Aus. capac. precep.
(nº abs.)%*	(25) 16%	(4) 19%	(11) 39%	(15) 32%	(8) 33%	(10) 31%	(10) 48%

\*Nº absoluto entre parênteses e respectiva porcentagem ao lado.

Int\*\*: Abreviação de internato

É importante assinalar que não houve respostas em relação à questão aberta “outro” (que possibilitaria outra resposta ou até mesmo algum comentário, além das dez respostas oferecidas) considerada para as duas questões, fato que

pode ter sido explicado pelo grande número de opções de respostas possíveis que poderiam ser assinaladas como prioritárias.

Resultados dos docentes:

Já em relação aos docentes verificamos que quanto à sua formação todos os preceptores são médicos na UFT e UFF, enquanto no UNIFESO há tanto enfermeiros que realizam a preceptoría com alunos até o quarto período, como médicos que são responsáveis por àqueles até o nono período. Outro aspecto importante é o fato dos preceptores da UFF apresentarem uma maior qualificação (mestrado e doutorado) ainda que essa não seja voltada necessariamente para a área de Saúde da Família. Já no UNIFESO todos docentes são pós-graduados em Saúde da Família (tanto os enfermeiros como os médicos, pois a Instituição disponibilizava uma Pós Graduação em SF no seu Campus). Em relação à UFT a maioria não possui Pós Graduação em SF ou na AB, senão em áreas clínicas, como dermatologia.

Esses aspectos parecem sugerir que o perfil de formação destes preceptores é ainda bastante diversificado e muitas vezes distante de uma capacitação específica à Saúde da Família, com exceção daqueles do UNIFESO que possuíam pós graduação nesta área, o que pode contribuir potencialmente para distorções no estudo e para a falta de identidade ao exercício desta preceptoría. Apresentamos então o quadro nº 6 contendo a relação de preceptores por Escola, respectiva formação e período em realizam a preceptoría.

Quadro nº 6 – Relação de preceptores por Escolas Médicas, respectiva formação e período em que realizam a preceptoría

<b>Escolas Médicas</b>	<b>Nº de preceptores</b>	<b>Formação e preceptoría</b>
UNIFESO	8	Médicos e enfermeiros com pós-graduação em SF Preceptoría desde os primeiros períodos até o 9º
UFF	13	Médicos com pós-graduação (incluso Mestrado e Doutorado) em áreas distintas à AB. Preceptoría do 6º ao 9º período
UFT	11	Médicos. Poucos com pós-graduação informada, senão em áreas clínicas. Preceptoría do 9º ao 12º
Total:	32	-

O estudo da percepção dos preceptores nos revelou diversas tensões que podem contribuir para que a condição de exercício e qualidade de sua preceptoría na Atenção Básica ou nas UBSFs possa efetivamente ser considerada como um dos maiores problemas e sugestivas de necessária melhoria pelos discentes. Há

vários exemplos passíveis de citação, que vão desde a falta de identidade deste preceptor com a especialidade de Saúde da Família ou com a própria Atenção Básica (talvez justificado pelo perfil de sua formação, como analisado anteriormente), até o planejamento inadequado das atividades aí exercidas; como também o excesso de alunos aí inseridos ou a realização de consultas massificadas. Além desses aspectos, estes profissionais sinalizam a falta de atividades de educação permanente e continuada como condições para a melhoria do ensino-aprendizagem na AB.

A seguir, a partir dos quadros 7, 8 e 9 demonstramos as principais categorias criadas a partir do discurso apresentado pelos preceptores das três Escolas Médicas consideradas neste estudo: UNIFESO, UFF e UFT à questão escolhida para este estudo.

Quadro nº 7 – Categorias formadas a partir do discurso apresentado pelos preceptores do UNIFESO

<b>Questão</b>	
Em relação especificamente ao ensino-aprendizagem na Atenção Básica ou nas UBSF, como você analisa o mesmo? O que você sugeriria para melhorar o ensino-aprendizagem nestes cenários?	
<b>Categorias</b>	<b>Discurso apresentado</b>
Projetos comunitários	“Ter contato com a comunidade é muito importante para o aprendizado”
Aprender é ensinar	“Os internos aprendem muito ensinando aos mais novos”
Planejamento	“Quantitativo menor de alunos” “O grande numero de alunos e da população a ser atendida limita o tempo que pode ser dispensado a todos”
Qualificação do preceptor	“Integrar a academia e a Prefeitura para viabilizar uma prática melhor” “Aproximar a academia dos cenários” “Procurо ajudar nos temas e no cronograma proposto”
Educação permanente e continuada	“É necessário suporte com especialistas nos orientando nas Unidades” “Precisamos de atividades de Educação permanente assim como educação continuada”

Quadro nº 8 – Categorias formadas a partir do discurso apresentado pelos preceptores da UFF

<b>Questão</b>	
Em relação especificamente ao ensino-aprendizagem na Atenção Básica ou nas UBSF, como você analisa o mesmo? O que você sugeriria para melhorar o ensino-aprendizagem nestes cenários?	
<b>Categorias</b>	<b>Discurso apresentado</b>
Aprender é fazer	“A melhor forma de aprender é fazer, vivendo todos os sentidos”
Qualificação do preceptor	“Deveriam aproveitar o conhecimento dos especialistas nas Unidades para passar além da ética a relação médico-paciente e conhecimentos técnicos”
	“Os professores são especialistas e fazem atividade de especialidade no HUAP e não querem ir para a UBS, pois não



Planejamento	querem sair do ambiente hospitalar, a universidade deveria concursar professores com este perfil para atuarem diretamente na UBSF..." "Supervisão deveria ser mais ativa"
Atualização do preceptor	"A preceptoría deveria ser realizada com profissionais envolvidos no atendimento" "Vontade de atuar no TCS"
Reabertura da emergência	"A UBS precisa se estruturar para receber alunos e professores e entender o que significa a inserção da disciplina na unidade"
Inserção precoce	"Não podemos esquecer sobre a necessidade e esforço constante na leitura de artigos"
Métodos ativos de aprendizagem	"Reabertura da Emergência no HUAP** possibilitaria grande vivência"
	"Acho precoce a inserção, se fosse em fases mais adiantadas da graduação seria mais produtivo"
	"Utilização de métodos ativos de aprendizagem"

\*TCS: Trabalho de Campo Supervisionado; HUAP\*\*: Hospital Universitário Antônio Pedro

### Quadro nº 9 – Categorias formadas a partir do discurso apresentado pelos preceptores da UFT

Questão	
Em relação especificamente ao ensino-aprendizagem na Atenção Básica ou nas UBSF, como você analisa o mesmo? O que você sugeriria para melhorar o ensino-aprendizagem nestes cenários?	
Categorias	Discurso apresentado
Qualificação do preceptor	"Formação acadêmica especializada com material didático especializado"
Planejamento	"As UBS extrapolam o nº de pessoas assistidas e não há tempo para a discussão de casos"
	"Deveria melhorar a contra referência para a discussão de diagnósticos"
	"Temos um déficit de horário para discussão"
	"Diminuir a demanda local"
Projetos comunitários	"Deveria haver padronização de assuntos e aplicação do aprendizado nas atividades"
	"Precisam mais prática de intervenções comunitárias"
	"Deveria ter mais tempo disponível e realizar projetos na comunidade"

É possível notar diante dos discursos apresentados que as categorias "planejamento" e "qualificação do preceptor" foram comuns às três Escolas pesquisadas. Desta forma a reestruturação das atividades e do correto planejamento neste cenário parece ser um aspecto que deva ser reavaliado por estas Escolas Médicas, uma vez que a categoria "planejamento" é expressão de discursos como: "... há a necessidade da diminuição do número de alunos inseridos e do número de atendimentos aos usuários na AB ou nas UBSFs" assim como o "... temos pouco tempo para discussão de casos com alunos" ou ainda: "...é necessário uma melhor regularização nos horários das atividades de ensino neste cenário". Já em relação à categoria "qualificação do preceptor", esta nos revela a necessária adequação e capacitação destes preceptores como é

apresentado no discurso correlato: “falta um envolvimento maior dos profissionais” ou ainda: “há a necessidade de atualização e o fornecimento de material didático”, como apontado nos discursos destes preceptores.

### **Discussão**

Diante dos resultados apontados percebemos que a qualificação do preceptor parece ser o aspecto comum aos olhos tanto dos docentes como dos discentes destas três Escolas pesquisadas.

Desta forma estratégias que possam melhorar a capacitação deste profissional devem ser analisadas.

De fato, a qualificação da preceptoria é tema recorrente e preocupante que extrapola os cenários de prática da graduação das Escolas Médicas. A ABEM, por exemplo, lançou no primeiro semestre de 2012 o assim designado *Projeto Preceptores*. Esta iniciativa da ABEM teve como objetivo geral, implantar um programa de desenvolvimento de aperfeiçoamento de competências pedagógicas para a prática da preceptoria na Residência Médica pautada pelos princípios do SUS e pelas competências gerais das Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Medicina. Este projeto foi direcionado, prioritariamente, aos programas vinculados ao *Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – Pró-Residência* – (ABEM, 2013).

Os eixos estruturantes dos cursos aí oferecidos foram o “cuidado”, ‘a educação’ e “a gestão do trabalho em saúde” a partir da utilização de MAEA e da aprendizagem significativa com o objetivo de desenvolver competências pedagógicas para os preceptores. Os cursos tiveram duração de seis meses com atividades presenciais e à distância tendo sido oferecidas vagas para 320 preceptores e 24 tutores (ABEM, 2013)

É interessante destacar que a preocupação sobre a necessidade e a forma de capacitação de preceptores é bastante significativa como apontado pela criação do referido projeto desenvolvido pela ABEM e que contou ainda com o apoio da OPAS e da SGTES.

Dessa forma, procedemos a verificação de estudos sobre este tema na Biblioteca Virtual de Saúde –BVS-, sendo esta Biblioteca escolhida pela sua reconhecida dimensão e representatividade acadêmica no cenário de ensino na área da saúde brasileira estando presente pela Rede BVS em 30 países da América Latina, Caribe, África e Europa além de apresentar um critério de

qualidade garantido pelo Selo de Certificação fornecido pela BIREME/OPAS/OMS (BVS, 2013a;BVS, 2013b)

Consideramos então para pesquisa a utilização de três termos fundamentais: “preceptoria”; “capacitação” e “atenção básica”. O termo “tutoria” também foi utilizado em substituição à “preceptoria”. Estes termos foram combinados da seguinte forma: os três simultaneamente ou dois deles alternadamente. Dentre as combinações utilizadas a que apresentou maior número de resultados foi *preceptoria and atenção and basica* ressaltando que estes três termos já estão classificados nos descritores em saúde (DeCS, 2013). O resultado global aí apresentado foi de cerca de 175 documentos sendo 171 artigos e duas teses. Optou-se pela utilização de “filtrar” esta pesquisa utilizando-se como assunto principal “tutoria” o que resultou em 90 documentos e posteriormente acrescentou-se “texto completo” o que finalizou 24 documentos (23 artigos e 01 tese) (inter)nacionais que puderam então ser melhor analisados (BVS, 2013c).

O quadro nº 10 abaixo descreve a seleção de alguns destes estudos sobre experiências/estudos internacionais a respeito de tutoria nas Escolas Médicas (inclusive em cenários de prática como a Saúde da Família/Atenção Básica), destacando-se uma interessante Tese brasileira de Albuquerque (2007): *Ensino e Aprendizagem em Serviços de Atenção Básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva da integralidade. “Narrativas e Tessituras”*, que ao focar os entraves e potencialidades no ensino-aprendizagem em serviços básicos do SUS propõe que novos projetos de cuidados para a assistência e formação sejam construídos coletivamente na perspectiva da integralidade.

Outro estudo que merece destaque é *A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde* de Trajman *et al*, (2009) em que é avaliada a opinião de 351 profissionais de saúde da Rede Básica de Saúde da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro sobre a atividade de preceptoria. Esta pesquisa verificou que há pouca valorização e estímulo às ações de preceptoria justificadas tanto pelas condições de trabalho e ensino como pela necessidade de melhoria dos salários, da infraestrutura e da oportunidade de capacitação profissional, tendo sido responsabilizadas as IES e o Estado que deveriam realizar parcerias efetivas para melhoria desta situação. Seus autores defendem para os preceptores uma

estratégia educativa que favoreça uma perspectiva emancipadora e em coerência ao conceito de saúde da Reforma Sanitária:

[...] é crucial que os profissionais elevem sua formação profissional e ético-política, objetivando transformar substantivamente essas condições adversas, e que possam realizar, no espaço do SUS, o conceito de saúde gestado na Reforma Sanitária que impulsionou originalmente o projeto universalista da reforma da saúde pública brasileira. (Trajman *et al.*, 2009, p.31)

Já no estudo *Improving education in primary care: development of an on line curriculum using the blended learning model* (Lewin, 2009) é apresentada a utilização do computador no ensino de graduação em medicina. Considera-se neste estudo que a Web-based learning desenvolvido em The Case Western Reserve University School of Medicine em Cleveland -EUA- é atraente dentre outros motivos: pela capacidade de fornecer conteúdo de aprendizagem em qualquer local; pela flexibilidade que os estudantes têm em acessar e revisar o conteúdo e pela capacidade de fornecer links online para informações relacionadas à sua pesquisa ou interesse. Esta modalidade de instrução por Computer-aided seria particularmente atraente para o estudo das experiências clínicas aos estudantes geograficamente dispersos e que ainda estariam expostos a uma variedade de diferentes estilos de preceptoria e populações de pacientes.

Outro estudo apresentado inclusive em um quadro a parte (Quadro nº 11) é aquele descrito por Sotolongo *et al.*, (2005) em *Competencias docentes del Médico de Familia en el desempeño de la tutoria en la carrera de Medicina* que aborda as habilidades que os médicos de família cubanos devem ter para uma gestão pedagógica de maior qualidade. Segundo estes autores os médicos de família da Faculdade de Ciências Médicas "Julio Trigo López" apresentavam deficiências de conhecimentos e competências pedagógicas justificadas desde a falta de sua formação como especialistas para a APS até causas multifatoriais delegadas pelas muitas tarefas que devem enfrentar no duplo papel do ensino e cuidado. Como forma de combater essas deficiências estes autores definem algumas competências docentes essenciais que os preceptores devem exercer no seu cotidiano tais como, o domínio da tecnologia de informação e comunicação na gestão de ensino até o desenvolvimento do trabalho em equipe e ainda, de uma formação humanista e ética entre outros, embora não refira a forma como estes aspectos possam efetivamente ser alcançados.

Quadro nº 10 – Relação de algumas das referências selecionadas com Título, modalidade de estudo e temática respectiva a partir da pesquisa na BVS utilizando-se os termos *preceptoría* and *atenção* and *básica*:

<b>REFERÊNCIAS</b>	
<b>Título e modalidade de estudo</b>	<b>Temática abordada</b>
<i>Ensino e Aprendizagem em Serviços de Atenção Básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva da integralidade. "Narrativas e Tessituras"</i> Tese de doutorado (Albuquerque, 2007)	<b>-Objeto de estudo com proposta de intervenção-</b> Enfoque no ensino-aprendizagem e avaliação nos serviços básicos do SUS com análise dos seus entraves e potencialidades para a transformação da formação e da assistência na perspectiva da integralidade tendo como referência as DCNs. Propõe que novos projetos de cuidados para a assistência e formação sejam construídos coletivamente.
<i>Improving education in primary care: development of an online curriculum using the blended learning model.</i> Artigo (Lewin, 2009)	A eficiência da utilização de currículo de aprendizagem mista em Case Western Reserve University School of Medicine em Cleveland, Ohio com utilização de módulos disponíveis na web.
<i>A preceptoría na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde</i> Artigo (Trajman et al, 2009)	Avaliação da opinião de 351 profissionais de saúde da RBS da SMS do Rio de Janeiro sobre a atividade de preceptoría. Verificou-se que há pouca valorização e estímulo às ações de preceptoría justificadas tanto pelas condições de trabalho e ensino como pela melhoria dos salários, da infraestrutura e da oportunidade de capacitação profissional. Responsabilizaram-se aí as IES e o Estado que devem realizar parcerias efetivas para amenizar esta situação
<i>Estrategia de superación para perfeccionar la labor del tutor em los estudiantes de Medicina de la Filial de Ciencias Médicas de Morón.</i> Artigo (Alonso, 2010)	Estudo que verifica que a formação de professores tutores ainda é insuficiente para o médico generalista na Faculdade de Ciências Médicas de Moron em Cuba. Propõe uma estratégia de enfrentamento para melhorar o trabalho do tutor considerando três componentes: Superação, trabalho docente assistencial e trabalho metodológico.
<i>Becoming a super preceptor: a practical guide to preceptorship in today's clinical climate.</i> Artigo (Barker et al, 2010)	Sugere maneiras de aplicar técnicas realistas para assegurar que a preceptoría seja bem sucedida
<i>Competencias docentes del Médico de Familia em el desempeño de la tutoría en la carrera de Medicina</i> Artigo (Sotolongo et al, 2005)	Propõe o exercício de habilidades que podem favorecer uma gestão pedagógica de maior qualidade para médicos de família que atuam como tutores.

Quadro nº 11 - Relação das principais dificuldades para a docência na APS e das competências docentes essenciais para preceptores

<b>Dificuldades para a docência na Atenção Primária</b>	<b>Competências docentes essenciais</b>
<i>Ausência de um sistema de seleção e formação de tutores.</i> <i>Falta de adequação dos cenários para o ensino devido às dificuldades materiais</i> <i>Relação ensino-serviço inadequada que</i>	Dominar o conteúdo de sua matéria. Proficiência nos componentes instrucionais propostos tais como: objetivos, conteúdos, métodos, formas de ensino, material didático e avaliação. Planejamento, organização, execução e controle de

*acaba por resultar em improvisação e falta de motivação do professor*

ações educativas envolvidas na formação do estudante.  
Desenvolvimento e uso de objetivos educacionais no processo de gestão de aprendizagem.  
Seleção e controle dos sistemas de ensino-aprendizagem em relação aos objetivos, conteúdo e avaliação.  
Organizar sistemas de tarefas que envolvam os alunos na sua aprendizagem.  
Saber abordar o processo de formação humanista e ética.  
Assumir a tecnologia de informação e comunicação na gestão de ensino.  
Desenvolver trabalho em equipe.  
Sistematicamente desenvolver sua própria formação docente.  
Estabelecer uma comunicação eficaz.

Fonte: Adaptado de Sotolongo *et al*, 2013

Outro estudo fundamental e que merece destaque à parte é referido na Dissertação de Mestrado de Rodrigues (2012): “Competências para a preceptoria: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde” que teve como objetivo geral identificar e analisar as competências para a preceptoria no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) a partir de um estudo exploratório descritivo quali-quantitativo com uma amostra de 26 preceptores. Os resultados indicaram o compromisso dos preceptores com a formação dos futuros profissionais da área da saúde sendo que o desenvolvimento de habilidades de cunho pedagógico foi um aspecto considerado de grande importância, o que pressupõe, segundo o autor, a necessidade de preparo para a preceptoria. Interessantemente a pesquisa revelou nove áreas de domínios para esta condição: 1) Educacional; 2) Valores profissionais; 3) Ciências básicas de saúde pública; 4) Gerência; 5) Atenção à saúde 6) Trabalho em equipe; 7) Comunicação; 8) Comunidade e, por último 9) Desenvolvimento Profissional.

Observamos que a partir dos estudos apontados que há uma grande diversidade de percepções, impressões e abordagens para a capacitação (ideal) do exercício da preceptoria na área da saúde e mais especificamente nos cenários de prática da AB ou da UBSF utilizados pelas próprias Escolas Médicas.

Em seu livro *Internato Baseado em Competências* (Bollela *et al*, 2010, p.6), o pesquisador em Educação médica e infectologista da Universidade de São Paulo, Valdes Roberto Bollela refere que as competências se baseiam em quatro aspectos essenciais que devem ser exercitados ao longo do exercício e da prática da preceptoria. Seriam elas:

*Função cognitiva:* aquisição e utilização do conhecimento para resolver problemas da vida real;

*Função integrativa:* utilização de dados biométricos e psicossociais para elaboração do raciocínio clínico;

*Função de relacionamento:* efetiva comunicação com pacientes, familiares e membros da equipe de saúde;

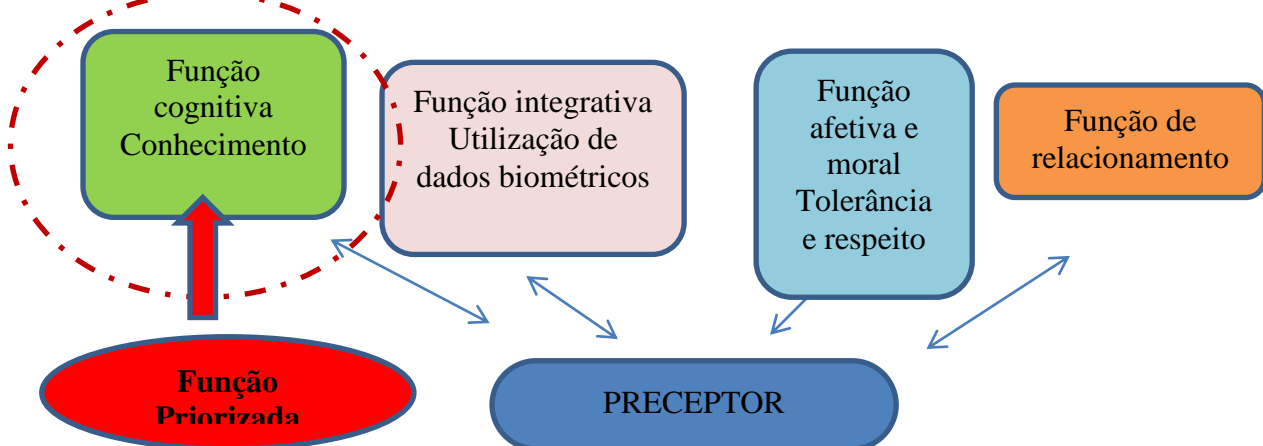
*Função afetiva e moral:* disponibilidade, paciência, tolerância, respeito e a capacidade de utilizar esses atributos de forma criteriosa e humana.

Aqui, portanto cabe um aspecto primordial a ser ressaltado neste estudo, ou seja, a priorização da “função cognitiva” como indicado por Bollela *et al*, (2010) ou mais especificamente a condição do “conhecimento” que o preceptor na AB pode potencialmente apresentar e ou aperfeiçoar junto aos graduandos sob sua supervisão.

Não se trata de negar a necessidade de aprimorar outras condições inerentes às dimensões ou funções que o preceptor “também” deva exercer (tais como apresentadas na função afetiva e moral ou de relacionamento) até porque a prática da preceptoria requer o exercício destas funções de forma interdependente e muitas vezes simultânea, senão, possibilitar um pouco mais de aprofundamento ao exercício da preceptoria a partir desta capacitação específica.

Assim, para efeito de uma melhor compreensão é apresentado abaixo o diagrama nº 1 dos referenciais para o exercício da preceptoria segundo Bollela *et al*, (2010), e a indicação da função priorizada neste estudo.

Diagrama nº 1 - Diagrama sobre as competências a serem exercidas pelo preceptor e a função priorizada neste estudo:



Fonte: Adaptado de Bollela *et al*, (2010, p.6)

## **A proposta de utilização dos portais eletrônicos**

Em coerência à priorização da função cognitiva apontada anteriormente tomamos como ponto de partida a utilização do portal eletrônico “*Saúde Baseada em Evidências*” -SBE-, do Ministério da Saúde –MS- elaborado em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e Ministério da Educação e Cultura -Capes/MEC-, que permite a busca em doze bases de dados na área da saúde além de uma biblioteca digital com diversas publicações científicas a profissionais da área da saúde devidamente inscritos em seus respectivos conselhos federais através de senha pessoal. É importante assinalar que a disponibilização do referido portal *de forma gratuita* é apontado pelo próprio MS- em seu portal eletrônico *Saúde Baseada em Evidências*- como um compromisso fundamental – e, sobretudo democrático- no aprimoramento do exercício dos trabalhadores da saúde:

“Criado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/MEC), o Portal Saúde Baseada em Evidências reitera o compromisso do governo brasileiro de aprimorar o exercício dos trabalhadores da saúde democratizando as condições de acesso, nas suas áreas de atuação, a conteúdos cientificamente fundamentados na perspectiva de melhor atender à população” (MS/Saúde Baseada em Evidências, 2013).

A importância da disponibilização deste portal também foi apontada pelo Conselho Federal de Medicina –CFM- conforme noticiado em Junho de 2012, no seu Jornal “Medicina”:

“Os 370 mil médicos brasileiros contam com novo instrumento para auxiliar na tomada de decisões clínicas. O portal Saúde Baseada em Evidências é uma iniciativa do governo federal que possibilita o acesso a diversas publicações científicas, com informações atualizadas, para subsidiar a tomada de decisão no diagnóstico, tratamento e gestão. Por meio do portal os profissionais também poderão utilizar ferramentas como calculadoras médicas e de análise estatística” (CFM, 2013, p.12).

OCFM aponta ainda que este instrumento é aberto aos profissionais de saúde de outros conselhos, além de médicos:

“Ao todo, cerca de 1,8 milhão de profissionais de saúde vinculados a conselhos profissionais terão acesso ao sistema” (CFM, 2013, p.12).

E que conforme apontado pelo então vice-presidente do CFM Carlos Vital, possibilitará o acesso em qualquer lugar do país, destacando ainda o apoio do CFM na idealização do referido Portal e dos benefícios obtidos pelos médicos, a partir de sua utilização:

“Esse é o resultado de uma aposta do CFM, que por mais de dois anos buscou fórmulas que permitissem aos médicos acessar sites e publicações que oferecem conhecimento atualizado. Entendemos que com o Portal Saúde Baseada em Evidências, o profissional terá um



instrumento importante para sua capacitação contínua e para o exercício diário da profissão, independentemente de onde reside”, avalia o vice-presidente do CFM, Carlos Vital [...]” (CFM, 2013, p.12)

Atualmente a medicina baseada em evidências possui papel fundamental na tomada de decisões clínicas em diversas especialidades médicas (Uchôa, 2010). Greenhalgh (2008, p.19) assim a define:

“A medicina baseada em evidências é o uso de estimativas matemáticas do risco de benefícios e de dano derivadas de pesquisas de alta qualidade sobre amostras populacionais para informar a tomada de decisões clínicas no diagnóstico, na investigação ou no manejo de pacientes individuais”.

Pode-se ainda frisar a importância dos estudos baseados no argumento e princípios da “Saúde baseada em evidências” a partir da busca e do cruzamento dos termos “Saúde and evidências” na BVS em que se verifica a disponibilização de 21.662 documentos. Já com a utilização do filtro “Medicina Baseada em Evidências” como assunto principal, obtivemos cerca de 7.423 documentos, sendo 2.705 com “texto completo”. Ao agregarmos na “busca avançada”: “Atenção primária” obtemos significativos 1.150 documentos sendo 480 com texto completo para consulta.

Há ainda diversos estudos que apontam a importância da utilização de portais eletrônicos. Pode-se aqui citar aquele realizado por Campos *et al*, (2012) que descrevem uma pesquisa realizada com 258 alunos matriculados na pós-graduação stricto sensu da Faculdade de Medicina da UFMG sobre a utilização do Portal eletrônico da Capes. Estes autores verificaram que cerca de 92% utilizam-no para fazer pesquisas, sendo 47% em frequência semanal embora 71% nunca tenham participado de treinamentos oferecidos pela Capes, e destes 88,7% gostariam de participar. Tais resultados, afirmam os autores, mostram o uso frequente do Portal de Periódicos da Capes pelos pós-graduandos, mas ainda existiria a necessidade de constantes treinamentos.

Além do uso do portal Saúde baseada em Evidências, foi utilizado o Portal da biblioteca digital “e-volution” da Editora Elsevier pela disponibilidade da acessibilidade gratuita oferecida pelo UNIFESO aos seus alunos e professores, utilização esta que durou somente até meados do ano de 2013, e que infelizmente não veio a ser renovado. Esta biblioteca continha várias publicações digitalizadas traduzidas para o português ressaltando-se a sua alta definição de imagem que ainda incluía a disponibilização de vídeos e fotografias para utilização nos mais diversos fins, como apresentações e aulas.

Foi ainda utilizado o portal da Biblioteca Virtual de Saúde –BVS que inclui revisões sistemáticas da Cochrane tendo já sido justificada a sua utilização anteriormente- e o da US National Library of Medicine National Institutes of Health – PubMed –. O PubMed é composto por mais de 22 milhões de citações para a literatura biomédica do MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, or MEDLARS Online) além de revistas de ciências da vida, e livros on-line. As citações no PubMed podem incluir links para conteúdo de texto completo a partir de sites do editor PubMed Central que contém ainda a “National Center for Biotechnology Information”. Este Centro disponibiliza Informações sobre avanços em Biotecnologia, Ciência e Saúde proporcionando acesso à informação biomédica e genômica (BVS, 2013; COCHRANE BVS, 2013; EVOLUTION, 2013; PubMed, 2013; SBE, 2013).

E por fim foram utilizados e analisados os recursos da Telemedicina e da Telessaúde nas áreas de pesquisa colaborativa, tele-educação e teleassistência do *Projeto Nacional de Telessaúde do Ministério da Saúde* tais como: *aulas por teleconferência e cursos a distância*, no âmbito da Saúde Baseada em Evidências e no contexto da Atenção Primária à Saúde, considerada a prioridade deste Projeto Nacional (TBR, 2013a; TBR, 2013b; TBR, 2013c).

Este projeto conforme descrito no portal do *Núcleo São Paulo*, que se constitui com mais três estados: ES; MG. e RJ, representantes da região sudeste da *Rede Telessaúde Brasil*, possui o seguinte objetivo:

“integrar as equipes de saúde da família das diversas regiões do país com os centros universitários de referência, para melhorar a qualidade dos serviços prestados em atenção primária, diminuindo o custo de saúde através da qualificação profissional, redução da quantidade de deslocamentos desnecessários de pacientes e por meio do aumento de atividades de prevenção de doenças” (TELESSAÚDE BRASIL REDES, 2013a).

## **SEGUNDA FASE DA PESQUISA**

### **Metodologia**

A segunda fase desta pesquisa foi submetida novamente ao Comitê de Ética em Pesquisa do UNIFESO, desta vez a partir da Plataforma Brasil tendo obtida aprovação por Parecer Consubstanciado nº 292.821, quando então foi procedida a aplicação de questionários com a Escala de Likert e análise de seus respectivos resultados (Anexo 4).

Foram realizadas cerca de vinte oficinas (Apêndices G - Letra G) com dois Grupos de cinco Internos -denominados G1 e G2- e respectivo preceptor de uma

UBSF da Secretária de Saúde de Teresópolis em cogestão a UNIFESO durante o primeiro semestre de 2013, conforme é apontado no quadro 12 a seguir.

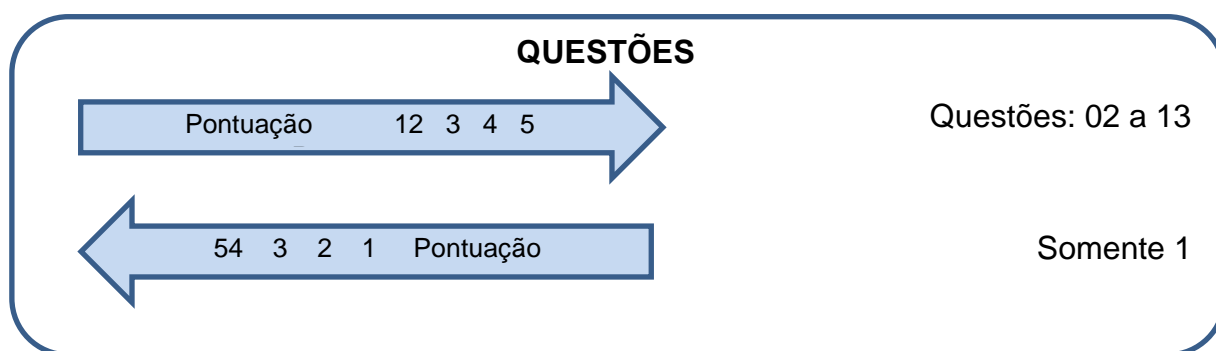
Optamos pela definição do termo “oficinas” no lugar de “encontros ou reuniões” uma vez que o conceito de oficina é coerente ao nosso objetivo de obter a criação de um ambiente pedagógico especialmente prático para o desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e exercício de uma atividade intelectual (incluindo atividade artística) ou ofício. (Oliveira, 2006; Michaelis, 2013).

Sendo assim foram então aplicados questionários contendo 13 assertivas ao preceptor e aos estudantes com a utilização da Escala Likert em pré e pós-avaliação ao uso destes recursos eletrônicos a fim de verificar o conhecimento prévio e adquirido a respeito de MBE e de portais eletrônicos coerentes a este tema na prática cotidiana da UBSF (Apêndices E1 e E2; F1 e F2). Ressaltamos ainda que em relação ao questionário aplicado ao preceptor a questão nº 9 não foi incluída e as questões 12 e 13 apresentaram a substituição de “professores/preceptores” por “alunos”.

A referida escala, idealizada por Rensis Likert, possibilita a aferição de atitudes, comportamentos e níveis de opiniões de forma consistente e segura (Brandalise, 2005; Norman, 2010).

Foi estabelecida a pontuação de 1 a 5 para cada afirmativa ou célula de resposta apresentada. A pontuação foi tanto maior na medida em que a resposta oferecida a assertiva representasse o *grau de conhecimento* pré ou pós adquirido à aplicação da pesquisa e não necessariamente a *concordância* à mesma. Desta forma todas as questões (2 a 13 para os alunos e 2 a 12 para o preceptor) apresentavam a pontuação máxima (cinco pontos) em CT (concordo totalmente) com exceção da questão nº 1 em que a pontuação máxima (cinco pontos) se aplicava a DT (discordo totalmente). A seguir a figura nº 1 demonstra como foi feita a pontuação de cada questão (01 a 13) quando da utilização da referida escala.

Figura nº 1 representativa da Escala de Likert aplicada neste estudo com a respectiva pontuação estabelecida



Para a composição do score da Escala de Likert considerou-se para a *pontuação máxima do nº de pontos absolutos para cada grupo/preceptor*: a multiplicação do nº de pontos máximos de cada questão; o nº de questões de cada questionário aplicado, e o nº de participantes para cada questionário. Desta forma poder-se-ia alcançar até 325 pontos para os 5 alunos participantes nas fases pré e pós-aplicação das ferramentas ( $13 \times 5 \times 5 = 325$ ) em cada Grupo (G1 e G2) e até 60 pontos para o único preceptor participante da pesquisa com a UBSF piloto ( $12 \times 5 \times 1 = 60$ ).

O nº relativo (porcentagem) considerou a relação entre o nº de pontos alcançados dentre os pontos possíveis para cada questionário e respectivos números de participantes. Abaixo apresentamos a tabela nº3 contendo a relação entre o valor de cada questão, nº de questões, nº de participantes para cada questionário e o nº de pontos absolutos alcançados para cada (grupo) participante.

Tabela nº 3 - Relação entre o valor de cada questão, nº de questões, nº de participantes para cada questionário e o nº de pontos absolutos alcançados para cada (grupo) participante

Participantes	Valor máximo por questão	Nº de questões	Nº de participantes	Total (pontos absolutos)
Preceptor	5	12	1	60
Grupo G1	5	13	5	325
Grupo G2	5	13	5	325

A pontuação final foi dada a partir do somatório das respostas apresentadas para cada célula refletindo assim a direção da atitude daquele respondente. Ao final da análise de todos os questionários aplicados pode-se verificar o *nível global ou conjunto* da direção da atitude para cada afirmativa apresentada. Houve ainda uma pergunta aberta em conjunto ao questionário passível de análise qualitativa sendo aí utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin, mais especificamente a Análise Temática com a criação de categorias (Minayo, 1999; Bardin, 2004).

### Resultados da segunda fase

As oficinas foram realizadas a partir de temas que foram selecionados conforme o interesse dos Internos e do preceptor da UBSF e de acordo a sua relevância na prática diária junto à UBSF. Todas as Oficinas realizadas e respectivos comentários e considerações sobre as mesmas estão no Apêndice G (Letra G). Estas oficinas eram feitas com a participação do preceptor e dos respectivos internos da Unidade. Os temas foram estudados a partir de questões simples retiradas do cotidiano da UBSF, tais como: *Atividade física é benéfica para quem já teve IAM?* A seguir é apresentado o diagrama com alguns destes temas estudados.

Diagrama nº 2 - Relação de alguns dos principais temas abordados nas Oficinas a partir da utilização de portais eletrônicos, bibliotecas digitais e telessaúde:



Já a síntese da relação das oficinas, temas abordados e respectivas considerações é demonstrada a seguir no Quadro nº 12.

Quadro nº 12 - Relação de oficinas realizadas com respectivos temas escolhidos e suas considerações

TEMAS ESCOLHIDOS E ATIVIDADES	CONSIDERAÇÕES
Grupo G1 Período: 01/13 a 04/13	

<p>Realização das oficinas semanalmente com a participação do preceptor e de cinco internos Aplicação do Pré e pós-teste com a escala de Likert. <b>Temas:</b> O uso profilático do ácido acetil salicílico (Aspirina®) é benéfico para cardiopatas? O uso profilático da Aspirina® é benéfico para pessoas saudáveis? Atividade física é benéfica para quem já teve IAM? E para quem não teve? Qual é a relação entre tabagismo e doenças cardiovasculares? Dieta e doenças cardiovasculares? Aplicação do Omega 3 e 6. Quais reais benefícios podem advir do uso do mesmo? Uso de polivitaminicos e cálcio para tratamento de osteoporose e osteopenia. Aplicação do pós-teste</p>	<p>Excelente recepção Acolhida a proposta de discutir temas clínicos Discussão sobre MBE e Telessaúde Temas escolhidos a partir de consenso com o grupo e do significado dos mesmos para os alunos e preceptor. Discussão dos temas a partir de questões bem práticas tal qual uma chamada de Programa de TV. Questões elementares que incluam questionamentos mais amplos. Utilização plena do Portal e suas Bases de dados além da BVS Discussão sobre revisões sistemáticas Construção do fluxograma</p>
<b>Grupo G2 Período: 04/13 a 07/13</b>	
<p>Realização das oficinas semanalmente com a participação do preceptor e de cinco internos Aplicação do Pré e pós-teste com a escala de Likert. <b>Temas:</b> O uso do Zinco. Quais benefícios podem trazer para a saúde? O uso do Zinco na infância, juventude e vida adulta. Há diferenças? Uso de sementes de abóbora, fitoterapia e algumas aplicações da medicina popular, complementar ou alternativa no tratamento de queixas comuns na Atenção Básica. Fitoterapia Vertigens: O que é? Etiologia e seu diagnóstico. Como trata-la? Eficácia e indicações da cinarizina (anti-vertiginoso) e Ginkgo biloba (fitoterápico utilizado como anti-vertiginoso)?</p>	<p>Excelente acolhida Discussão por temas clínicos Discussão sobre MBE e Telessaúde Temas escolhidos a partir de consenso com o grupo e do significado dos mesmos para os alunos e preceptor. Utilização plena do Portal e suas Bases de dados além da BVS Utilização de revisões sistemáticas e do portal Saúde Baseada em evidências SBE é ampliado com passando a ter doze bases de dados</p>

Verificamos que dentre todas as ferramentas disponíveis e passíveis de serem utilizadas, o Portal Saúde Baseada em Evidências ofereceu as melhores condições de pesquisa tanto ao preceptor quanto aos alunos com suas doze Bases de Dados e mais a biblioteca Atheneu que possuem recursos múltiplos e aparentemente infundáveis. É interessante ainda frisar que este Portal oferecia até o início do mês de Maio de 2013 seis bases de dados que foram então ampliadas para as doze citadas. Desta forma durante as Oficinas realizávamos a pesquisa somente nestas seis, embora já oferecesse resultados adequados. Um dado importante era o fato do acesso a este Portal só ser feito através de senha por registro do profissional (seja médico ou qualquer outra categoria) em seu respectivo conselho. Portanto os alunos só tinham acesso durante a realização das oficinas quando o pesquisador e o preceptor (ambos médicos) estivessem presentes.

Em relação ao uso de Bibliotecas Virtuais como a Atheneu e a e-volution é muito interessante sua utilização, principalmente pela resolutividade das imagens apresentadas nos livros digitais, em particular naquelas apresentadas na Biblioteca e-volution, inclusive com recursos de vídeos; entretanto os internos não optaram pela sua utilização constante, talvez pela preferência no manuseio de livros impressos e na opção pelo uso da BVS, além da certa limitação de livros eletrônicos ofertados para consultas, cerca de cinquenta oferecidos na e-volution, ainda que esses estivessem todos traduzidos para o português. Durante a pesquisa foi encerrado o contrato entre a Instituição UNIFESO e a Biblioteca virtual e-volution o que impediu a continuidade de sua utilização. Já a BVS foi a Biblioteca mais utilizada por todos os Internos inclusive com uso de “filtros” específicos que proporcionaram a seletividade de artigos de forma bem eficiente. O PubMed apesar do grau de excelência em pesquisa foi também pouco utilizado uma vez que a interface é toda em inglês, além da dificuldade de disponibilização de literatura em português. Já a base de dados “Atenção Primária baseada em evidências” que oferece “perguntas e respostas baseadas em evidências para a Atenção Primária” adaptadas às questões práticas e cotidianas da Atenção Básica Brasileira foi amplamente utilizada pelos discentes.

Os resumos das revisões Cochrane traduzidas que estão inclusas na base de dados da Biblioteca Virtual Atheneu também são de fácil acesso e com literatura bastante interessante baseada em revisões sistemáticas com links diretos para consulta de seus artigos. Já os recursos do Telessaúde aparentemente não despertaram interesse tanto nos dois grupos (G1 e G2) como no preceptor. A alegação é de que o mesmo seria um tanto engessado (rígido), nas palavras dos discentes, com aulas expositivas em formato de vídeo pouco interativas e bastante estáticas. Apesar do telessaúde oferecer um Curso de MBE, nenhum aluno teve despertado o interesse (a inscrição também só era realizada no início de cada mês)

O quadro nº 13 abaixo oferece uma síntese das percepções estabelecidas nas Oficinas já realizadas com o uso dos Portais Eletrônicos e de Bibliotecas virtuais, além do Telessaúde, e as vantagens ou desvantagens percebidas com o uso de cada uma destas ferramentas pelo pesquisador deste estudo a partir das percepções colhidas com os participantes da oficina.

Quadro nº 13 Relação de Ferramentas utilizadas na pesquisa com respectivas vantagens e desvantagens após a realização das Oficinas

	Ferramentas	Vantagens	Desvantagens
S A Ú D E  B A S E A D A  E M  E V I D Ê N C I A S		Boa interface com a busca automática por revisões sistemáticas e pareceres e condutas concisas. Bem utilizada.	Interface em inglês. Tradução simultânea por navegador. Acesso somente para inscritos em conselhos regionais (CRM).
		Busca por palavras e termos de forma inteligente. Apresenta revisões sistemáticas. Bem utilizada.	Interface em inglês. Tradução simultânea por navegador. Acesso somente para inscritos em conselhos regionais (CRM).
		Utilizada mais para estudo de medicamentos e aspectos econômicos e políticos da saúde pública. Pouco utilizada	Interface em inglês. Tradução simultânea por navegador. Acesso somente para inscritos em conselhos regionais (CRM).
		Informações sobre medicamentos para atendimento de emergência, apresentação clínica, tratamento e complicações. Pouco utilizada	Interface em inglês. Tradução simultânea por navegador. Acesso somente para inscritos em conselhos regionais (CRM).
		Acesso a seis coleções. Ótima interface e de fácil acesso. Bem utilizada.	Interface em inglês/português. Tradução simultânea por navegador. Acesso somente para inscritos em conselhos regionais (CRM).
		Voltada mais para a pesquisa, política e gestão e para o estudo e avaliação de tecnologias em saúde. Não utilizada	Acesso somente para inscritos em conselhos regionais (CRM). Pouco utilizada
		Disponibiliza uma ampla biblioteca com livros médicos clássicos como Harrison e Hurst de cardiologia. Pouco utilizada	Interface em inglês. Tradução simultânea por navegador. Acesso somente para inscritos em conselhos regionais (CRM).
		Voltada à Medicina de Emergência a partir de uma grande quantidade de questões pertinentes a área. Muito pouco utilizada	Interface em inglês. Tradução simultânea por navegador. Acesso somente para inscritos em conselhos regionais (CRM).
		Possibilita utilizar vídeos com áudio e textos simultâneos para o estudo da anatomia e fisiologia humana incluso com a dissecação cadavérica. Pouco utilizada.	Interface em inglês. Tradução simultânea por navegador. Acesso somente para inscritos em conselhos regionais (CRM).
		Excelente e muito voltada à Atenção Primária. Fácil acesso com uso de Diretrizes além de oferecer perguntas e respostas para uso na APS. Bem utilizada.	Acesso somente para inscritos em conselhos regionais (CRM). Ao contrário das outras bases de dados encontra-se toda traduzida ao português
		Informações para questões básicas da prática clínica, de forma acessível e rápida. Interessante e útil recurso de tradução disponível pela própria base de dados para qualquer língua. Pouco utilizada.	Interface em inglês. Acesso somente para inscritos em conselhos regionais (CRM).
		Base de dados voltada exclusivamente para o estudo, instrução e prática da fisioterapia. Não utilizada	
		Biblioteca virtual excelente com 200 títulos e múltiplas interfaces: Revisões Cochrane traduzidas; Evidências para a prática em saúde; Evidências para inovar e direito e saúde. Bem utilizada	Acesso somente para inscritos em conselhos regionais (CRM). Ao contrário das outras bases de dados encontra-se toda traduzida ao português
		<b>Telessaúde UERJ</b>	Seleção por Cursos e temas



	bem específicos já padronizados para consulta. Excelente potencial	pois não permite combinações de temas de pesquisa. Certa restrição à cursos e aulas isoladas
<b>Biblioteca e-volution</b>	Excelente definição de Imagens com vídeos disponíveis. Pouca utilização	Acesso privado sob assinatura e contrato Institucional. Encerrada durante a pesquisa.
<b>BVS</b>	Biblioteca de excelência histórica reconhecida. Bem utilizada	Pode-se ainda disponibilizar mais filtros de pesquisa
<b>PubMed</b>	Biblioteca de excelência histórica reconhecida. Uso moderado	Interface em inglês.

Fonte: SBE, 2013

Mais abaixo elaboramos um fluxograma que procura sintetizar a forma com que a discussão dos temas nas oficinas transcorreu na maior parte das vezes com a utilização preferencialmente feita do Portal SBE e da BVS. Já a figura 2 a seguir demonstra a utilização das ferramentas propostas e o objetivo a ser alcançado com o uso das mesmas, ou seja: a obtenção das respostas clínicas com níveis de evidência e significado para aplicação no cotidiano da UBSF.

Percebemos que o uso do Portal Saúde Baseada em Evidências com suas bases de dados foi reconhecido como o de maior potencial de utilização por todos, sendo que três bases de dados foram reconhecidas como excelentes fontes de busca de informações com critérios de MBE (Dynamed; Pro Quest e BMJ) por demonstrarem estudos com evidências clínicas a partir de perguntas (clínicas) sob a utilização de revisões sistemáticas. O fluxograma procura demonstrar que a partir da comprovação (ou não) do argumento utilizado e de sua eficácia frente às condutas do cotidiano, o preceptor e seus alunos poderiam estar sujeitos à uma aprendizagem efetivamente significativa pela utilização e aplicabilidade destas informações, enquanto aquelas não utilizadas seriam descartadas, conforme apontado:

## FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DOS PORTAIS COM PRECEPTOR E ALUNOS



Figura nº 2 - A aplicação da Tese e a representação das ferramentas utilizadas e os possíveis resultados esperados



Finalmente, após a realização das Oficinas verificamos os seguintes resultados: 67%, ou seja, 40/60 pontos expressos para o preceptor na pré-aplicação da pesquisa e 92% (55/60) alcançados após a aplicação das ferramentas, e ainda, 62% (220/325) e 76% (247/325) respectivamente na pré-aplicação para os grupos G1 e G2 de internos e 92% (300/325) e 84% (272/325) para a pós-aplicação do grupo G1 e G2, respectivamente. Esses resultados podem sinalizar um maior ganho de conhecimento, à medida que quanto o maior for o score obtido no pós-teste, maior seria a possibilidade de incremento de conhecimento. Tal variação de grandeza sugere então uma *possível* melhoria do ensino-aprendizagem nessa UBSF com alunos e preceptor relacionados a temas clínicos no cotidiano da UBSF, sob a utilização de portais eletrônicos e da BEM (Tabela nº 4).

Tabela nº 4 - Resultados obtidos pela aplicação de questionários com a utilização da Escala Likert com Internos de Medicina (10 alunos) e respectivo preceptor com análise em score de 1 a 5 para cada questão

Questões	PRÉ*			PÓS*		
	10 Internos (G1+G2) e preceptor (Prec.)			10 Internos (G1+G2) e preceptor (Prec.)		
	Prec.	G1	G2	Prec.	G1	G2
1) O ensino e aprendizagem na Atenção Básica deixam a desejar	4	24	17	5	25	16
2) Posso conhecimento de portais de busca	4	12	17	5	22	21
3) Posso conhecimento dos recursos da	4	8	8	4	24	19

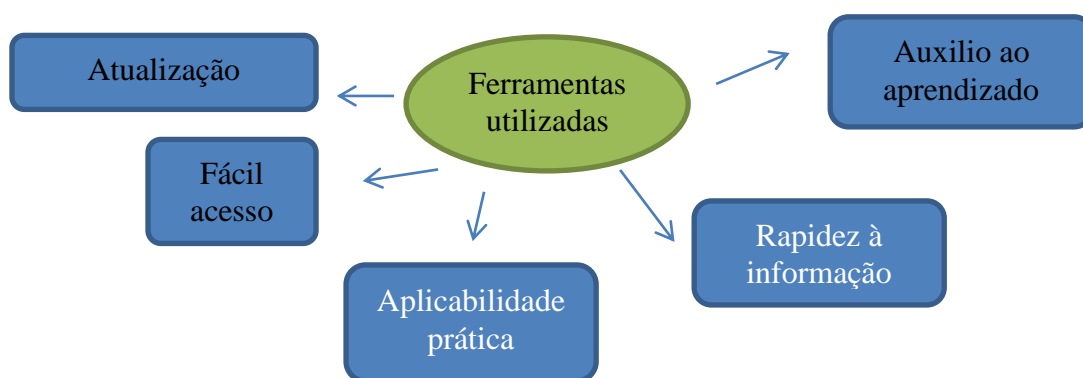
Telemedicina e da Telessaúde						
4) Posso conhecimento de bibliotecas digitais	5	16	21	5	24	23
5) Minha capacitação com ferramentas da Internet como sites de pesquisa, bibliotecas digitais e Telemedicina e Telessaúde é importante	5	20	23	5	23	25
6) Minha capacitação com ferramentas da Internet como sites de pesquisa, bibliotecas digitais e Telemedicina e Telessaúde é mais importante que a utilização de livros impressos e que o uso da biblioteca da Instituição	3	13	10	4	11	21
7) Posso conhecimentos sobre a Medicina Baseada em Evidências	1	12	18	4	23	24
8) Aplico a Medicina Baseada em Evidências na Atenção Básica	2	17	20	4	24	22
9) Aplico a Medicina Baseada em Evidências nos demais cenários de prática* *preceptor só atua na UBSF	-	17	20	-	23	21
10) A aplicação da Medicina Baseada em Evidências pode melhorar meu conhecimento	5	20	25	5	25	25
11) A aplicação da Medicina Baseada em Evidências pode melhorar minha atuação na Atenção Básica	5	22	25	5	24	25
12) Meus <u>professores ou preceptores</u> * possuem conhecimento sobre Medicina Baseada em Evidências *para o preceptor=alunos	1	20	19	4	20	20
13) Discuto com meus <u>professores ou preceptores</u> * a prática médica a partir da Medicina Baseada em Evidências *para o preceptor=alunos	1	15	16	5	24	22
Total possível (nº absoluto)	60	325	325	60	325	325
Total apresentado (nº absoluto):	40	220	247	55	300	272
Total (nº relativo):	67%	68%	76%	92%	92%	84%

Em relação à pergunta aberta: “Qual é sua percepção sobre a possibilidade da aplicação de ferramentas da Internet como sites de pesquisa, bibliotecas digitais e do uso da Telemedicina e Telessaúde?” pode-se verificar as seguintes categorias criadas: “expansão do conhecimento”; “aplicabilidade na prática”; “rapidez de informação” e “atualização”. É interessante notar que não houve grandes diferenças nas falas dos estudantes dos Grupos G1 e G2 tanto na pré-aplicação quanto na pós-aplicação da pesquisa. Sendo assim não houve a criação de categorias distintas para cada fase da pesquisa, o que pode sugerir que a percepção e expectativa prévia ao uso das ferramentas citadas foram mantidas após o uso das mesmas.

Em relação ao preceptor sua resposta à questão aberta também expressou uma categoria semelhante às aquelas oferecidas pelos internos, no caso a “aquisição de conhecimentos”: “vejo como uma possibilidade de fornecer ferramentas para a aquisição de conhecimentos relevantes para a prática profissional”.

O diagrama abaixo mostra as categorias criadas a partir das respostas oferecidas na pré e pós aplicação da pesquisa pelos Grupos de Internos G1 e G2 e respectivo preceptor a questão aberta: “Qual é sua percepção sobre a possibilidade da aplicação de ferramentas da Internet como sites de pesquisa, bibliotecas digitais e do uso da Telemedicina e Telessaúde?”

Diagrama nº 2 - Diagrama relacionado às categorias criadas na pré e pós aplicação da pesquisa com **Internos (Grupo 1 e Grupo 2)** a partir da questão aberta: “Qual é sua percepção sobre a possibilidade da aplicação de ferramentas da Internet como sites de pesquisa, bibliotecas digitais e do uso da Telemedicina e Telessaúde?”



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível que o ensino aprendizagem na UBSF possa apresentar uma melhora significativa em relação aos aspectos cognitivos aí exercidos tais como discussão de temáticas clínicas, quando se utiliza recursos ou ferramentas da Internet como: Portais eletrônicos e respectivas bases de dados, bibliotecas virtuais ou digitais além do uso da Telemedicina e Telessaúde.

A utilização desses recursos deve, sobretudo, ser feita de maneira humanística e significativa além de estar associada a uma maior divulgação nos meios acadêmicos. Simplesmente podemos afirmar que salvo a necessidade do Ministério da Saúde passar a oferecer o acesso do seu Portal Saúde Baseada em Evidências também aos estudantes ou graduandos das Escolas Médicas além dos profissionais sob seus respectivos conselhos; só não tem acesso e estuda quem não foi suscitado e orientado ao uso destas ferramentas, ou ainda simplesmente, quem efetivamente não desejar. Portanto a questão fundamental

ainda é: De que forma podemos suscitar o interesse destes estudantes para o uso destes recursos?

Observamos que a quantidade de problemas outros apontados na inserção deste aluno no cenário de prática da UBSF relativas ao processo de ensino-trabalho adequado, já desfavorece a possibilidade de realizar um bom ou mesmo algum contato com estas ferramentas. Além disso, percebemos que a qualidade da preceptoria pode também sofrer com estes aspectos, o que parece refletir quase que em uníssono pelos discentes, que o maior problema apresentado está centrado na figura do preceptor assoberbado pelas múltiplas funções e responsabilidades neste cenário. Percebemos também que a figura ideal deste preceptor aos olhos dos estudantes aqui analisados, parece ainda ser aquela em que este seria mais valorizado por conhecimentos na área de nosologia -o que acaba por representar a valorização de uma medicina mais assistencialista e que valoriza mais o estudo (reducionista) da doença propriamente dita - do que aquele preceptor dotado da visão da integralidade e do (maior) uso de outras funções (indispensáveis) ao ato médico tais como: funções integrativas, afetivas e emocionais.

Notamos ainda que dificilmente haveria preceptores como apontado nas referências deste estudo, ou seja: preceptores que conseguiriam apresentar todas as funções – cognitiva; afetivo-emocional e psicomotoras- idealmente bem desenvolvidas. Talvez haja algum dotado de algumas funções melhores definidas em detrimento de outras não tão (ou menos) desenvolvidas; mas ter um preceptor idealmente dotado de todas estas funções de forma plena seria concretamente uma tarefa impossível. Portanto, não temos e nem conseguimos obter um modelo para a capacitação ideal do preceptor que atua na Atenção Básica, senão a sugestão para o uso de uma ferramenta que nos pareceu, de fato muito interessante para sua função cognitiva e que pode facilitar e ajudar em muito a este profissional em sua tarefa diária na UBSF. Se assim o fizermos estaremos contribuindo de fato para mais uma de suas múltiplas funções além de auxiliar para a maior aproximação e interesse dos estudantes e egressos das Escolas Médicas junto à AB.

## REFERÊNCIAS

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica - **Diretrizes para o ensino** na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina (SBMFC e Abem) 2009. Disponível em: [http://www.abem-educmed.org.br/pdf/atencao\\_primaria\\_caderno05.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf/atencao_primaria_caderno05.pdf) Acesso em: 10/01/12

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica - **Projeto Preceptores** Disponível em <http://www.abem-educmed.org.br/preceptores.php> Acesso em 03/03/2013

ALBUQUERQUE, C. P. de - **Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS**: desafios da formação médica com a perspectiva de integralidade: narrativas e tessituras - Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de doutor em Saúde Coletiva – área de concentração em Planejamento e Políticas Públicas do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro; s.n.; 2007. 291 p. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-494990> Acesso em Março de 2013

ALONSO N. M. A.; AMARAL A. DE LAS M. S.; MESA P. G. V.; CANTO O. R. C. ET AL, Estrategia de superación para perfeccionar la labor del tutor en los estudiantes de Medicina de la Filial de Ciencias Médicas de Morón. **MEDICIEGO**; v. 16 (Supl.2) 2010

ALMEIDA, M.J. **Educação Médica e Saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: UEL, Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. 3ª edição. Lisboa / Portugal: Edições 70, LDA, 2004.

BARKER E.R.; PITTMAN O. Becoming a super preceptor: a practical guide to preceptorship in today's clinical climate. **J Am Acad Nurse Pract**; v.22 n.3, p.144-9, Mar 2010

BITTENCOURT-COSTA J.R. ET AL,. Active teaching-learning methodologies: medical students' views of problem-based learning. **Rev Bras Educ Méd** v.35 n.1, p.13-19, 2011

BOLLELA V. R.; MACHADO J. L. M.- **Internato Baseado em Competências** - São Paulo SP: Editora Medvance 1ª ed., 2010.

BRANDALISE L.T. **Modelos de medição de percepção e comportamento** – Uma revisão Disponível em: <http://www.lgti.ufsc.br/brandalise.pdf> (2005) Acesso em: 14/01/2013

BRASIL. **Departamento de Atenção Básica**. Atenção Básica e a Saúde da Família. Diretriz Conceitual. [Capturado em 03 de dezembro de 2010]. Disponível em: [http://www.dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao\\_basica.php](http://www.dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao_basica.php).

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº. 4, de 7 de novembro de 2001. **Institui**

**Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.** Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38

BVS **Biblioteca Virtual em Saúde** Disponível em: <http://www.bireme.br/php/index.php> Acessado em 10/01/2013 (a)

BVS **Biblioteca Virtual em Saúde** Disponível em: <http://modelo.bvsalud.org/vhl/gestao-da-bvs-3/certificacao-da-bvs/> Acesso em 02/03/2013 (b)

BVS **Biblioteca Virtual em Saúde** Disponível em: [http://pesquisa.bvsalud.org/regional/?q=preceptor%20and%20atencao%20and%20basica&where=&index=&lang=pt&\\_charset\\_=iso-8859-1](http://pesquisa.bvsalud.org/regional/?q=preceptor%20and%20atencao%20and%20basica&where=&index=&lang=pt&_charset_=iso-8859-1) Acesso em 05/03/2013 (c)

BVS **Biblioteca Virtual em Saúde** Disponível em: [http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?lang=pt&home\\_url=http%3A%2F%2Fpesquisa.bvsalud.org&home\\_text=Portal+de+Pesquisa+da+BVS&q=SAUDE+AND+EVIDENCIAS&submit=Pesquisar](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?lang=pt&home_url=http%3A%2F%2Fpesquisa.bvsalud.org&home_text=Portal+de+Pesquisa+da+BVS&q=SAUDE+AND+EVIDENCIAS&submit=Pesquisar)

CAMPOS G.W.S. **Papel da Rede de Atenção Básica** em Saúde na Formação Médica - Diretrizes. Documento preliminar – abril de 2005. Disponível em [http://www.abem-educmed.org.br/pdf/doc\\_prof\\_gastao.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf/doc_prof_gastao.pdf). Acesso em 10 de Janeiro de 2012.

CAMPOS T. S. et al, Portal de Periódicos da Capes: Uso por Pós-Graduandos da Faculdade de Medicina **Rev Bras Med Família e Comunidade**, v.36 n.1: 50-54; 2012

CECCIM R. FEUERWERKER L.C.M. O quadrilátero da formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS**. v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CFM Conselho Federal de Medicina - **Jornal vol. 209** Junho 2012. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/JornalMedicina/2012/jornal209.pdf>. Acesso em 10 janeiro 2013

CIUFFO, R. S.; RIBEIRO, V. M. B.. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface (Botucatu)**, vol.12, n.24, pp. 125-140; 2008.

COCHRANE BVS - **Cochrane de Revisões Sistemáticas** – Disponível em : <http://cochrane.bvsalud.org/portal/php/level.php?lang=pt&component=19&item=11> Acesso em março de 2013

COSTA J.R.B. Análise da atuação das equipes do Programa de Saúde da Família município de Teresópolis após a mudança curricular do curso de Medicina da Fundação Educacional Serra dos Órgãos, com a inserção precoce dos alunos: impressão dos médicos e enfermeiros. In: Moço ETSM, Falcão HBPT, Miranda JFA. **Reflexões sobre as Mudanças Curriculares na Área de Saúde: Ativando Processos**. Rio de Janeiro: Publit, p. 35-53; 2007.

COSTA J.R.B. **Aprendizagem em unidades básicas de saúde da família e Metodologias Ativas:** o olhar do estudante de medicina do Centro Universitário



Serra dos Órgãos 2009. 154 f. Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009 (a).

COSTA, M. A. F. da et al, **Metodologia de pesquisa: conceitos e técnicas**. 2º Edição. Rio de Janeiro: Editora Interciência, 2009 (b).

DeCS **Descritores em Ciências da Saúde** Disponível em: <http://decs.bvs.br/>  
Acesso em: 03/03/2013

DEMARZO ALMEIDA R.C.C., MARINS J.J.N., TRINDADE T.G., ANDERSON M.I.P., ET AL, (Orgs) Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina **Rev Bras Med Família e Comunidade**, v.6 n.19 p. 145-50, 2011.

ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL. **Estatísticas**. Disponível em: [www.escolasmedicas.com.br](http://www.escolasmedicas.com.br) Acesso em 20/06/2013.

EVOLUTION **Biblioteca digital e-volution** Elsevier Disponível em: <http://www.evolution.com.br/site/#sthash.ry6fF5z5.dpbs> Acesso em 10/01/2013

FERREIRA R.C., SILVA R.F., AGNER C.B. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem da Atenção Básica de Saúde. **Rev Bras de Educ Méd.**; v31, n.1, p. 52-59, 2007.

FEUERWERKER L.C.M. **Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: Processos e Resultados**. São Paulo: Hucitec; 2002.

FEUERWERKER L.C.M. Gestão dos Processos de Mudança na Graduação em Medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. **Educação médica em transformação**, instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; p.17-39, 2004.

GIL A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 edição. São Paulo: Editora Atlas S.A, 1999.

GIL C.R.R. ET AL,.Interação ensino, serviços e comunidade:desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Rev. Bras de Educ Méd**; v.32, n.2, p. 230-239, 2008.

GOMES A. P; DIAS-COELHO, U. C.; CAVALHEIRO, P.O.; GONÇALVEZ C.A.N. ET AL,- A Educação Médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida -. **Rev. bras. educ. méd.** v.32 n.1 Rio de Janeiro jan./mar. 2008.

GOMES A. P. **(Trans)Formação da Educação Médica: É possível mudar o perfil do egresso com base em modificações no método de ensino aprendizagem** Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de doutor à Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz, 2011 (1)

GOMES A.P; COSTA J.R.B.; JUNQUEIRA, T.S.; ARCURI, M.B.. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no

método de ensino-aprendizagem? **Rev Bras Educ Méd.** v.35 n.4 p.557-566, 2011 (2)

GREENHALGH T. **Como ler artigos científicos** - Fundamentos da medicina baseada em evidências - Terceira Edição - Porto Alegre: Artmed; 2008.

HILL A.; HILL M. M. **Investigação por questionário.** Lisboa: Edições Silabo; 2005

KOIFMAN L; SAIPPA-OLIVEIRA G. As práticas de avaliação da formação e do cuidado orientadas pela integralidade: uma aproximação necessária In: Pinheiro, R, Mattos RA. **Gestão em redes:** práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC – ABRASCO; p. 245-260, 2006.

LAMPERT J.B. **Tendências de Mudança na Formação Médica no Brasil:** tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/ABEM; 2002.

LEWIN L.O. ET AL, Improving education in primary care: development of an online curriculum using the blended learning model. **BMC Med Educ;** v. 9 n.33, 2009.

LUZ, M. T. **Natural, Racional, Social:** Razão Médica e Racionalidade Científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MARIA A.A.N. ET AL, Estrategia de superación para perfeccionar la labor del tutor en los estudiantes de Medicina de la Filial de Ciencias Médicas de Morón **Mediciego;** v.16(supl 2)dic. 2010.

MARINS J.J.N. Os Cenários de Aprendizagem e o Processo do Cuidado em Saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. **Educação médica em transformação:** instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: ABEM/HUCITEC; p.97-108, 2004.

MENDES R.T. ET AL,. Aprendizado de Medicina nos Serviços de Atenção Primária e no Contato com a Comunidade. Simpósio Educação Médica: Ensino de Graduação. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.** USP. Ribeirão Preto. v..9, p. 420-428 out/dez, 1996.

MICHAELIS Dicionário de Português on line – **Oficina-** Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=oficina> Acesso em 29/05/2013

MINAYO M. C. S. **O Desafio do Conhecimento** – Pesquisa qualitativa em saúde.6. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO Gabinete do Ministro - Portaria Interministerial Nº 421, de 03 de Março de 2010 institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde **PET-Saúde.** Diário Oficial da União nº 43, Brasília, 05 de Março de 2010. Seção 1, p. 52.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/Portal da Saúde/**Saúde Baseada em Evidências.** Disponível: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarArea&codArea=392> Acesso em 20/01/13

NETTO CÉZAR PH ET AL., Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem baseada em problemas. **Rev Bras Educ Méd.** v.34, n.2 p.298-303, 2010

NOGUEIRA M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro v.33 n..2 abr./jun. p.262-270.2009

NORMAN G. Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. **Adv Health Sci Educ Theory Pract**, v.15 n.5, p. 625-32, 2010.

OLIVEIRA H.M. F. de A proposta de trabalho com grupos de IPSEMG-Família e as oficinas de dinâmica de grupo in: AFONSO, Maria Lucia M. (Org.) **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial** – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

OLIVEIRA N.A. **Ensino Médico no Brasil: Desafios e prioridades, no contexto do SUS** - um estudo a partir de seis estados brasileiros – Tese de Doutorado em Ensino de Biociências e Saúde. Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/teses.php>

PRÓ-SAÚDE **Programa Nacional de Reorientação** da Formação Profissional em Saúde-. Brasília – DF, 2005, 80p. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22848](http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848). Acesso em 02 fev. 2010.

PROMED – **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares** nos Cursos de Medicina. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2002. [Edital de Convocação].

PROVAB - **Programa de valorização do profissional** da Atenção Básica <http://www.blog.saude.gov.br/entenda-o-programa-de-valorizacao-do-profissional-da-atencao-basica/> Acessado em 10/04/2012

PUBMED US **National Library of Medicine** National Institutes of Health Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> Acessado em 10/01/2013

REGO S.T.A. **A formação ética do médico: saindo da adolescência com a vida** (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.

RESOLUÇÃO 196/96. Conselho Nacional de Diretrizes e Saúde. **Normas regulamentadoras** das pesquisas envolvendo seres humanos. <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm> Acessado em 07/02/2013

RODRIGUES, C.D.S. **Competências para a preceptoria: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Mestre Porto Alegre; s.n; 2012. 101 p.

SBE - **Saúde Baseada em Evidências** Portal de acesso à base de dados- (sob uso exclusivo de cadastro em respectivo conselho regional na área de saúde e

senha pessoal) Disponível - em: <http://aplicacao.periodicos.saude.gov.br/index.php?view=principal> Acesso em: 12-07-2012

SILVEIRA R. P. A Medicina de Família e Comunidade e o Ensino de Graduação em Medicina. Metodologias ativas de Ensino/Aprendizagem. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. Suplemento 01, p.21-25, 2006.

SOTOLONGO M.N.; MICHELENA, .R.; HORTA L.F.B. Competencias docentes del Médico de Familia en el desempeño de la tutoría en la carrera de Medicina **Educ. med. super**; v.19, n.1, ene.-mar. 2005.

STARFIELD B. **Atenção Primária**. Equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

TELESSAÚDE BRASIL REDE - **TELESSAÚDE BRASIL REDE –TBR-** Ministério da Saúde Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/Acesso> em 16-02-2013 (a)

TELESSAÚDE BRASIL REDE - **TELESSAÚDE BRASIL REDE –TBR-** Ministério da Saúde – APS e Redes de Atenção à Saúde- Disponível em: <http://aps.bvs.br/php/index.php> Acesso em 16-02-2013 (b)

TELESSAÚDE BRASIL REDE - **TELESSAÚDE BRASIL REDE –TBR-** Telessaúde Núcleo São Paulo – Ministério da Saúde- Disponível em: <http://www.telessaude.org.br/telessaude/artigo.aspx> Acesso em 16-02-2013 (c)

TRAJMAN A; Assunção N; Venturi M; Tobias D; Toschi W; Brant V A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde **Rev. bras. educ**; v.33, n.1, p.24-32, jan.-mar. 2009.

TURATO E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa **Rev Saúde Pública** v.39 n.3, p.507-14, 2005

UCHÔA, Severina Alice da Costa and Camargo Jr, Kenneth Rochel de Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências? **Ciênc. saúde coletiva**, vol.15, no.4, p.2241-2249. Jul 2010

UFF– Universidade Federal Fluminense – **Curso de Graduação em Medicina** – Matriz Curricular – Acesso em 20/04/2013. <https://sistemas.uff.br/iduff/sid137avUfd98/consultaMatrizCurricular.uff>

UFF - Universidade Federal Fluminense – **Curso de Medicina-** Matriz curricular- Disponível em: <https://sistemas.uff.br/iduff/sid137avUfd98/consultaMatrizCurricular.uff> Acesso em 20/06/2013 (b)

UFT - Universidade Federal do Tocantins – **Curso de Medicina-** Disponível em: <http://ww1.uft.edu.br/index.php/ensino/graduacao/10762-medicina> Acesso em 20/06/2013.

UFV - Universidade Federal de Viçosa – **Curso de Medicina** –Disponível em:<http://www.pre.ufv.br/catalogo/arquivos/vicosa/catalogoVicosa2013/Catalogo%202013%20CCB/medicina.pdf> Acesso em: 10/07/2013

UNIFESO - Centro Universitário Serra dos Órgãos– **Curso de Medicina** – Disponível em: [http://www.feso.br/graduacao/documentos/med/matriz\\_medicina.pdf](http://www.feso.br/graduacao/documentos/med/matriz_medicina.pdf) Acesso em 20/06/2013. (a)

UNIFESO Centro Universitário Serra dos Órgãos UNIFESO **Pesquisa** Disponível em: <http://www.feso.br/pesquisa.php#> Acesso em 25/05/2013 (b)

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION Primary care. Genebra: WHO, 1978. [Capturado em 10 de janeiro de 2010]. Disponível em: <http://www.who.int/es/index.html>.

ZANOLLI M.B. Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem na Área Clínica. In: Marins JJN et al, (Org). **Educação médica em transformação**, instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A 1

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

(Conforme a Resolução nº 196, do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de 1996)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa *SAÚDE DA FAMÍLIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: DA PRÁTICA ATUAL ÀS NOVAS PROPOSTAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NAS ESCOLAS MÉDICAS*. Enquanto aluno da graduação ou interno do Curso de Graduação em Medicina, ou ainda como preceptor da Atenção Básica você foi selecionado e sua participação não é obrigatória, mas **voluntária**. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a coordenação ou com os demais docentes do seu curso médico ou com sua instituição.

**O problema investigado:** O objetivo deste projeto é estabelecer e/ou aperfeiçoar estratégias de ensino-aprendizagem em novos cenários de prática, após análise e avaliação comparativa dos dados e informações obtidos mediante a aplicação de questionários para estudantes e internos de medicina, bem como de entrevistas com seus preceptores. Espera-se com este projeto contribuir no aprimoramento da formação de um médico, sensível e identificado com as demandas de saúde da população brasileira.

**Procedimento:** Sua participação nesta pesquisa consistirá em **responder a um questionário semi-estruturado**, visando a avaliar o ensino médico no Brasil. Eventualmente você poderá também participar de entrevistas gravadas ou de registros em vídeo, tendo para isso que firmar termos de autorização específico para uso de voz e imagem.

**Riscos:** Não existem quaisquer riscos relacionados com a sua participação.

**Benefícios:** Os benefícios relacionados com a sua participação é contribuir para a melhoria do ensino médico em geral no Brasil, pois essas conclusões sobre educação médica poderão ser difundidas amplamente no país e se tornarem efetivas.

**Confidencialidade:** As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os resultados serão divulgados em apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos. O Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz pode ter acesso aos dados coletados.

**Custo e pagamento:** Participar dessa pesquisa não implicará em nenhum custo para você, e, como voluntário, você também não receberá qualquer valor em dinheiro como compensação pela participação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço dos pesquisadores responsáveis, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

**Pesquisadores Responsáveis:** José Roberto Bittencourt Costa e Luiz Anastácio Alves

Instituto Oswaldo Cruz, Av. Brasil 4365, Laboratório de Comunicação Celular – Rio de Janeiro-RJ – Telefones (021) 2560-1191 ramal:173 - das 9 às 17 horas. Centro Universitário Serra dos Órgãos – Av. Alberto Torres 111, Alto – Teresópolis RJ -Coordenação de Medicina – Tels 021 2641 7068; 2641 7078 - das 9 às 18 horas.

---

Declaro que entendi os objetivos, condições, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e estou de acordo em participar.

\_\_\_\_\_  
(local e data)

\_\_\_\_\_  
(nome)

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

## **APÊNDICE A2**

### **AUTORIZAÇÃO PARA FOTOGRAFIA E FILMAGEM**

#### **AUTORIZAÇÃO PARA FOTOGRAFIA E FILMAGEM**

Por meio deste documento autorizo os pesquisadores José Roberto Bittencourt Costa e Luiz Anastácio Alves ou o(s) seu(s) representantes(s) por eles designado(s), a fazer, reproduzir ou multiplicar fotografias, vídeos, filmes ou transparências em que eu apareça no todo ou sendo focalizada uma parte de meu corpo, para fins de informação, pesquisa ou divulgação, para educação em medicina e saúde ou para docência, publicados em periódicos ou em outros meios de divulgação científica, podendo ser feitos a cor ou em preto e branco.

Autorizo, ainda, que a reprodução e multiplicação dessas imagens possam ser acompanhadas ou não de texto explicativo, abrindo mão de qualquer direito de pré-inspeção e pré-aprovação do material, assim como de qualquer compensação financeira pelo seu uso, e que será publicado preservando meu nome e minha privacidade.

Deixo expresso nesta autorização que permito que meu rosto seja utilizado, sem as tarjas usualmente empregadas para dificultar a identificação tendo como único objetivo conferir a pesquisa supracitada o registro o mais espontâneo possível de minha imagem quando da participação na experimentação de novas estratégias de ensino em novos cenários de prática das Escolas Médicas.

Compreendo que as expressões registradas em vídeo e/ou fotografias são importantes aliadas na identificação da resposta à experimentação destas estratégias, pela possibilidade de demonstrar alegria, prazer ou ainda, insatisfação diante das mesmas e, portanto auxiliar na análise deste estudo e enriquecer sua apresentação.

Declaro ser maior de idade, tendo todo o direito de autorizar os termos acima expressos, em meu próprio nome, estando plenamente ciente do inteiro teor desta autorização que também será assinada por duas testemunhas.

Instituição:

\_\_\_\_\_

Local

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome completo:

\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

End. Residencial (rua, bairro, cep, cidade, estado):

\_\_\_\_\_

Nome da testemunha:

\_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha:

\_\_\_\_\_

Nome da testemunha:

\_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha:



## **APÊNDICE B**

### **QUESTIONÁRIO PARA ESTUDANTES DA GRADUAÇÃO E INTERNOS EM INSTITUIÇÕES SEM METODOLOGIA ATIVA DE ENSINO-APRENDIZAGEM**

#### **IDENTIFICAÇÃO:**

A) Instituição: \_\_\_\_\_ B) Gênero: masculino ( ) feminino ( )

C) Data de nascimento: \_\_\_\_\_

D) **Estágio do Curso**: Estudante ( ) Qual período? \_\_\_\_ Interno ( )

#### **QUESTIONÁRIO:**

*Marque sempre uma ÚNICA resposta em todas as questões, com **exceção** das **questões 10 e 11**. Caso não concorde com nenhuma opção apresentada cite a sua opinião em “outro”.*

**01** – Qual foi o **motivo** que o levou a escolher medicina?

A família

Elevação de status e/ou de condição econômica

Interesse científico

Vocação

Outro \_\_\_\_\_

**02** – Qual foi o **motivo** que o levou a escolher medicina *nesta Instituição*?

Por ser pública.

Proximidade.

Interesse científico e a possibilidade de publicação de Trabalhos científicos.

Referência ou nome da Instituição

Única na qual fui aprovado (a)

Outro \_\_\_\_\_

**03** – Como você **analisa o atual currículo** de sua Escola Médica?

Muito Interessante

Interessante

Pouco Interessante

Ainda sem opinião formada

Outro \_\_\_\_\_

**04** – Você conhece ou já ouviu falar a respeito das **Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem** ou de seu uso em alguma Escola Médica?

SIM

NÃO

Outro \_\_\_\_\_

**05** - Caso sua resposta tenha sido “SIM” ou tenha assinalado “outro” tendo algum conhecimento sobre esta modalidade de ensino-aprendizagem: você acredita que **o uso das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem** teria alguma vantagem sobre o atual currículo de sua Escola?

SIM

NÃO

Outro \_\_\_\_\_

**06** - Caso sua resposta tenha sido “SIM” ou tenha assinalado “outro” tendo algum conhecimento sobre esta modalidade de ensino-aprendizagem: **Qual é sua opinião** sobre a mesma? Caso contrário pule esta questão.

Minha Instituição deveria incorpora-la em seu currículo

Acredito que a sua implantação seria muito difícil.

Prefiro o atual currículo

Não tenho opinião formada

Outro \_\_\_\_\_

**07** - Como tem sido para você **participar** das atividades de campo -(na Atenção Básica ou na Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF-) em seu Curso de Graduação?

Muito Interessante

Interessante

Pouco Interessante

Ainda sem opinião formada

Outro \_\_\_\_\_

**08** - O que você **manteria** nesta prática?

O número de *atendimentos* da Unidade

O número de *alunos* inseridos na Unidade

Atividades em grupo com a comunidade

Visitas domiciliares

Trabalho ou pesquisa em campo

O preceptor

A participação ou a realização de atendimentos na Unidade de Saúde

O espaço físico oferecido pela Unidade de Saúde

Outro \_\_\_\_\_

**09** - O que você **modificaria** nesta prática?

O número de *atendimentos* da Unidade: Diminuiria ( ) Aumentaria( )

O número de *alunos* inseridos na Unidade: Diminuiria ( ) Aumentaria( )

Atividades em grupo com a comunidade

Visitas domiciliares

Trabalho ou pesquisa em campo

O preceptor

A participação ou a realização de atendimentos na Unidade:Diminuiria( )  
aumentaria ( )

O tempo desta atividade ou o tempo que se passa na Unidade: Diminuiria ( )  
Aumentaria( )

O espaço físico oferecido pela Unidade de Saúde

Outro \_\_\_\_\_

**10-** O que você sugeriria para **melhorar o ensino e aprendizagem** em suas atividades de campo na Atenção Básica ou nas UBSFs? **Responda de 1 até 10**, sendo o **nº 1** considerado o **mais** prioritário e o **nº 10** o de **menor** prioridade. **Caso considere a necessidade de incluir a opção “outro” numere-a também.**

( ) Capacitação do preceptor local

( ) Aumentar a disponibilidade do preceptor local para atender aos alunos

( ) Presença de um preceptor externo a Unidade

( ) Presença de um monitor ou aluno sênior (mais experiente) na Unidade

( ) Uso de recursos como a exibição de filmes comerciais.

- ( ) Uso de recursos como a teatralização.
- ( ) Uso de recursos como a criação de vídeos.
- ( ) Uso das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem nestes cenários
- ( ) Aumentar o trabalho ou pesquisa em campo
- ( ) Incrementar a interação com a comunidade da área adscrita que poderia ajudar no processo de aprendizagem
- ( ) Outro \_\_\_\_\_

**11** – Em relação ao ensino e aprendizagem em suas atividades de campo na Atenção Básica ou nas UBSFs: Qual seria **o maior problema** que esta apresenta? Responda de 1 até 10, sendo o **n° 1** considerado o **maior** problema e o **n° 10** o **menor** problema. *Caso considere a necessidade de incluir a opção “outro” numere-a também.*

- ( ) Ausência de capacitação do preceptor local
- ( ) Falta ou pouca disponibilidade do preceptor local para atender aos alunos
- ( ) Falta de um preceptor externo a Unidade
- ( ) Ausência de um monitor ou aluno sênior (mais experiente) na Unidade
- ( ) Falta de recursos como filmes comerciais nestes cenários.
- ( ) Falta de recursos como teatralização nestes cenários.
- ( ) Falta de recursos como a criação de vídeos nestes cenários.
- ( ) Falta do uso das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem
- ( ) Melhoria do trabalho ou pesquisa em campo
- ( ) Falta de interação com a comunidade da área adscrita que poderia participar do processo de aprendizagem
- ( ) Outro \_\_\_\_\_

**12** – Qual o grau de influência que a **participação** em atividades de campo na Atenção Básica/UBSF adotado por esta Instituição, está tendo na sua trajetória profissional?

Muita influência

Alguma influência

Nenhuma influência

Ainda sem opinião formada

Outro \_\_\_\_\_

**13** – A **experiência a partir de atividades de campo em novos cenários** de prática como nas Unidades Básicas de Saúde da Família ou na Atenção Básica, promovida por esta instituição esta tendo alguma influência na sua trajetória profissional?

**Suscitou** o interesse pela especialidade de Médico de Família ou generalista

**Reforçou** o interesse pela especialidade de Médico de Família ou generalista

**Reforçou** o *desinteresse* pela especialidade de Médico de Família ou generalista

**Suscitou** o interesse pela aprendizagem e estudo por outras áreas/especialidades. Qual? \_\_\_\_\_

**Reforçou** o interesse pela aprendizagem e estudo por outras áreas/especialidades. Qual? \_\_\_\_\_

Outro \_\_\_\_\_

**14** – A **experiência em novos cenários** de prática como nas Unidades Básicas de Saúde da Família ou na Atenção Básica **a partir de atividades de campo**,

promovida por esta instituição o (a) inclinaria a **exercer** a Medicina de Família ou a Clínica Geral (Generalista)?

Sim. Teria muita influência

Sim. Teria alguma influência

Não. Nenhuma influência

Ainda sem opinião formada

Outro \_\_\_\_\_

A seguir é solicitado alguns dados sobre o **Perfil Sócio Econômico** dos participantes dessa pesquisa: *SAÚDE DA FAMÍLIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: DA PRÁTICA ATUAL ÀS NOVAS PROPOSTAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NAS ESCOLAS MÉDICAS*

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos;

**Estado civil:** \_\_\_\_\_;

Segundo sua opinião qual é sua **Cor:** Negra Parda Amarela Branca

Outra \_\_\_\_\_

**Mora com a família** Não Sim

**Em imóvel:** Próprio Alugado Cedido Outro

**Tem outro curso superior?** Não Sim -

**Qual?** \_\_\_\_\_;

**Trabalha ou estuda em outra atividade:** Não Sim -

**Qual?** \_\_\_\_\_;

Possui renda própria? Não Sim - **Quanto?** R\$ \_\_\_\_\_;

Considerando os seus rendimentos (caso tenha) e os de seus pais ou responsáveis que moram com você, qual é aproximadamente a **renda de sua família?**

( ) Até cinco salários mínimos (até R\$3.110,00)

( ) Mais de 5 até 10 salários mínimos (R\$3.110,00 a R\$ 6.220,00)

( ) Mais de 10 até 15 salários mínimos (R\$ 6.220,00a R\$ 9.330,00)

( ) Mais de 15 até 20 salários mínimos (mais de R\$ 9.330,00a R\$ 12.440,00)

( ) Mais de 20 salários mínimos (mais de R\$ 12.440,00)

**Escolaridade completa do pai:**

( ) Sem escolaridade ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( ) Pós-Graduação

**Escolaridade completa da mãe:**

( ) Sem escolaridade ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( ) Pós-Graduação

Você tem **computador em casa?** Não Sim

**Acessa Internet?** Não Sim

Você tem **carro próprio?** Não Sim

**Sua família** tem carro? Não Sim

No total, incluindo os escolares, quantos **livros você possui?**

( ) Até 50 ( ) 51 a 100 ( ) 101 a 200 ( ) 201 a 500 ( ) 501 a 1.000 ( ) mais de 1.000

## **APENDICE C**

### **QUESTIONÁRIO PARA ESTUDANTES DA GRADUAÇÃO E INTERNOS COM METODOLOGIA ATIVA DE ENSINO-APRENDIZAGEM**

#### **IDENTIFICAÇÃO:**

A) Instituição: \_\_\_\_\_ B) Gênero: masculino ( ) feminino ( )

C) Data de nascimento: \_\_\_\_\_

D) **Estágio do Curso:** Estudante ( ) Qual período? \_\_\_\_ Interno ( )

#### **QUESTIONÁRIO:**

*Marque sempre uma ÚNICA resposta em todas as questões, com exceção das questões 11 e 12. Caso não concorde com nenhuma opção apresentada cite a sua opinião em “outro”.*

**01** – Qual foi o **motivo** que o levou a escolher medicina?

A família

Elevação de status e/ou de condição econômica

Interesse científico

Vocação

Outro \_\_\_\_\_

**02** – Qual foi o **motivo** que o levou a escolher medicina *nesta Instituição*?

Por ser pública.

Proximidade.

Interesse científico e a possibilidade de publicação de Trabalhos científicos.

Referência ou nome da Instituição

Única na qual fui aprovado (a)

Outro \_\_\_\_\_

**03** - Caso sua instituição tenha adotado no seu currículo da medicina as metodologias ativas de ensino/ aprendizagem: **o que pensa** sobre sua experiência com as metodologias ativas no ensino da medicina?

Muito Interessante

Interessante

Pouco Interessante

Ainda sem opinião formada

Outro \_\_\_\_\_

**04** – Em caso da resposta acima a respeito das Metodologias Ativas terem sido consideradas como “pouco interessante” ou “ainda sem opinião formada” ou ainda selecionada “outro” com análise negativa, **justifique** a sua resposta; caso sua impressão tenha sido positiva, pule esta questão:

A aula expositiva é melhor

Aprende-se mais com o professor dando aulas

A organização do novo método é difícil ou deixa a desejar

Não consigo aprender com o novo método

Outro \_\_\_\_\_

**05** - Caso sua instituição tenha adotado as metodologias ativas de ensino/aprendizagem: quais seriam as **vantagens** sobre o método tradicional de ensino? *Caso as respostas anteriores tenham considerado uma impressão negativa sobre as metodologias ativas não responda a esta questão.*

Autonomia nos estudos  
Tempo para estudar  
Conhecimento é integrado  
Método mais dinâmico de aprendizagem  
Outro\_\_\_\_\_

**06** - O que você **manteria** com o uso das metodologias ativas de ensino/aprendizagem?

O número de alunos na Tutoria  
O tutor ou preceptor  
Os problemas utilizados  
O tempo utilizado na Tutoria  
A avaliação  
Outro\_\_\_\_\_

**07** - O que você **modificaria** com o uso das metodologias ativas de ensino/aprendizagem?

Aumentaria o número de alunos na Tutoria  
Diminuiria o número de alunos na Tutoria  
O tutor ou preceptor  
Aumentaria o tempo utilizado na Tutoria  
Diminuiria o tempo utilizado na Tutoria  
A avaliação  
Os problemas  
Outro\_\_\_\_\_

**08** - Como tem sido para você **participar** das atividades na Atenção Básica/UBSF?

Muito Interessante  
Interessante  
Pouco Interessante  
Ainda sem opinião formada  
Outro\_\_\_\_\_

**09** - O que você **manteria** nesta prática?

O número de *atendimentos* da Unidade  
O número de *alunos* inseridos na Unidade  
Atividades em grupo com a comunidade  
Visitas domiciliares  
Trabalho ou pesquisa em campo  
O preceptor  
A participação ou a realização de atendimentos na Unidade de Saúde

O espaço físico oferecido pela Unidade de Saúde  
Outro\_\_\_\_\_

**10 - O que você modificaria nesta prática?**

O número de *atendimentos* da Unidade: Diminuiria ( ) Aumentaria( )  
O número de *alunos inseridos* na Unidade: Diminuiria ( ) Aumentaria( )  
Atividades em grupo com a comunidade  
Visitas domiciliares  
Trabalho ou pesquisa em campo  
O preceptor  
A participação ou a realização de atendimentos na Unidade:Diminuiria( )  
aumentaria ( )  
O tempo que se passa na Unidade: Diminuiria ( ) Aumentaria( )  
O espaço físico oferecido pela Unidade de Saúde  
Outro\_\_\_\_\_

**11 - O que você sugeriria para melhorar o ensino e aprendizagem na Atenção Básica ou nas UBSFs? Responda de 1 até 10, sendo o n° 1 considerado o **mais** prioritário e o n° 10 o de **menor** prioridade. Caso considere a necessidade de incluir a opção “outro” numere-a também.**

- ( ) Capacitação do preceptor local
- ( ) Aumentar a disponibilidade do preceptor local para atender aos alunos
- ( ) Presença de um preceptor externo a Unidade
- ( ) Presença de um monitor ou aluno sênior (mais experiente) na Unidade
- ( ) Uso de recursos como a exibição de filmes comerciais.
- ( ) Uso de recursos como a teatralização.
- ( ) Uso de recursos como a criação de vídeos.
- ( ) Uso das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem nestes cenários
- ( ) Aumentar o trabalho ou pesquisa em campo
- ( ) Incrementar a interação com a comunidade da área adscrita que poderia ajudar no processo de aprendizagem
- ( ) Outro\_\_\_\_\_

**12 – Em relação ao ensino e aprendizagem na Atenção Básica ou nas UBSFs : Qual seria o maior problema que esta apresenta?Responda de 1 até 10, sendo o n° 1 considerado o **maior** problema e o n° 10 o **menor** problema. Caso considere a necessidade de incluir a opção “outro” numere-a também.**

- ( ) Ausência de capacitação do preceptor local
- ( ) Falta ou pouca disponibilidade do preceptor local para atender aos alunos
- ( ) Falta de um preceptor externo a Unidade
- ( ) Ausência de um monitor ou aluno sênior (mais experiente) na Unidade
- ( ) Falta de recursos como filmes comerciais nestes cenários.
- ( ) Falta de recursos como teatralização nestes cenários.
- ( ) Falta de recursos como a criação de vídeos nestes cenários.
- ( ) Falta do uso das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem
- ( ) Melhoria do trabalho ou pesquisa em campo
- ( ) Falta de interação com a comunidade da área adscrita que poderia participar do processo de aprendizagem
- ( ) Outro\_\_\_\_\_

**13** – Qual o grau de influência que a **participação** em atividades na Atenção Básica/UBSF adotado por esta Instituição, está tendo na sua trajetória profissional?

Muita influência

Alguma influência

Nenhuma influência

Ainda sem opinião formada

Outro \_\_\_\_\_

**14** – Qual o grau de influência que o **uso das Metodologias Ativas** de Ensino-Aprendizagem, adotado por esta Instituição, está tendo na sua trajetória profissional? Caso sua instituição **NÃO** tenha adotado no seu currículo da medicina as metodologias ativas de ensino/ aprendizagem pule esta questão.

Muita influência

Alguma influência

Nenhuma influência

Ainda sem opinião formada

Outro \_\_\_\_\_

**15-** Qual é a **influência** que o novo modelo curricular (metodologia ativa e inserção em UBSFs) adotado por esta Instituição esta tendo na sua trajetória profissional? Caso sua instituição **NÃO** tenha adotado no seu currículo da medicina as metodologias ativas de ensino/ aprendizagem pule esta questão.

Suscitou o interesse pela aprendizagem e estudo pela Medicina de Família ou pela Clínica Geral

Suscitou o interesse pela aprendizagem e estudo por outras áreas/especialidades

Criou autonomia para minha vida profissional

Sinto-me mais humanizado para exercer a medicina

Aprendi a administrar melhor o tempo para estudo

Outro \_\_\_\_\_

**16** – A **experiência em novos cenários** de prática como nas Unidades Básicas de Saúde da Família ou na Atenção Básica, promovida por esta instituição esta tendo alguma influência na sua trajetória profissional?

**Suscitou** o interesse pela especialidade de Médico de Família ou generalista

**Reforçou** o interesse pela especialidade de Médico de Família ou generalista

**Reforçou** o *desinteresse* pela especialidade de Médico de Família ou generalista

**Suscitou** o interesse pela aprendizagem e estudo por outras áreas/especialidades. Qual? \_\_\_\_\_

**Reforçou** o interesse pela aprendizagem e estudo por outras áreas/especialidades. Qual? \_\_\_\_\_

Outro \_\_\_\_\_

**17** – A **experiência em novos cenários** de prática como nas Unidades Básicas de Saúde da Família ou na Atenção Básica, promovida por esta instituição o (a) inclinaria a **exercer** a Medicina de Família ou a Clínica Geral (Generalista)?



Sim. Teria muita influência  
Sim. Teria alguma influência  
Não. Nenhuma influência  
Ainda sem opinião formada  
Outro \_\_\_\_\_

A seguir é solicitado alguns dados sobre o **Perfil Sócio Econômico** dos participantes dessa pesquisa: *SAÚDE DA FAMÍLIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: DA PRÁTICA ATUAL ÀS NOVAS PROPOSTAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NAS ESCOLAS MÉDICAS*

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos;

**Estado civil:** \_\_\_\_\_;

Segundo sua opinião qual é sua **Cor:** Negra Parda Amarela Branca

Outra \_\_\_\_\_

**Mora com a família** Não Sim

**Em imóvel:** Próprio Alugado Cedido Outro

**Tem outro curso superior?** Não Sim -

**Qual?** \_\_\_\_\_;

**Trabalha ou estuda em outra atividade:** Não Sim -

**Qual?** \_\_\_\_\_;

Possui renda própria? Não Sim - **Quanto?** R\$ \_\_\_\_\_;

Considerando os seus rendimentos (caso tenha) e os de seus pais ou responsáveis que moram com você, qual é aproximadamente a **renda de sua família?**

- Até cinco salários mínimos (até R\$3.110,00)
- Mais de 5 até 10 salários mínimos (R\$3.110,00 a R\$ 6.220,00)
- Mais de 10 até 15 salários mínimos (R\$ 6.220,00a R\$ 9.330,00)
- Mais de 15 até 20 salários mínimos (mais de R\$ 9.330,00a R\$ 12.440,00)
- Mais de 20 salários mínimos (mais de R\$ 12.440,00)

**Escolaridade completa do pai:**

Sem escolaridade  1º Grau  2º Grau  3º Grau  Pós-Graduação

**Escolaridade completa da mãe:**

Sem escolaridade  1º Grau  2º Grau  3º Grau  Pós-Graduação

Você tem **computador em casa?** Não Sim

**Acessa Internet?** Não Sim

Você tem **carro próprio?** Não Sim

**Sua família** tem carro? Não Sim

No total, incluindo os escolares, quantos **livros você possui?**

Até 50  51 a 100  101 a 200  201 a 500  501 a 1.000  mais de 1.000

## **APÊNDICE D**

### **QUESTIONÁRIO PARA PRECEPTORES**

*SAÚDE DA FAMÍLIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: DA PRÁTICA ATUAL ÀS NOVAS PROPOSTAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NAS ESCOLAS MÉDICAS.*

Função: ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Agente comunitário ( ) Professor da Instituição ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Você possui alguma especialização ou residência? ( ) sim ( ) não

Qual ou quais?

Na área da Medicina de Família e Comunidade teve alguma capacitação específica?

### **QUESTÕES:**

1) Como você compreende o papel da preceptoria?

---

---

---

---

2) Qual é sua análise sobre a inserção de alunos em Unidades de Atenção Básica ou Unidades de Saúde da Família?

---

---

---

---

3) Qual é sua análise sobre a sua preceptoria em Unidades de Atenção Básica ou Unidades de Saúde da Família junto aos alunos de medicina?

---

---

---

---

---

---

4) Em relação especificamente ao ensino e aprendizagem na Atenção Básica ou nas UBSFs você encontra-se satisfeito? O que você sugeriria para melhorar o ensino e aprendizagem nestes cenários?

---

---

---

---

## APÊNDICE E1

### Aluno - Questionário (nº1)

Prezado aluno responda o questionário a seguir (nº1) escolhendo uma única resposta para cada assertiva relacionada:

Período: \_\_\_\_\_ Unidade Básica: \_\_\_\_\_

**DT:** *Discordo totalmente*

**DP:** *Discordo parcialmente*

Questões	DT	DP	NC ND	CP	CT
1) O ensino e aprendizagem na Atenção Básica deixa a desejar					
2) Posso conhecimento de portais de pesquisa médica					
3) Posso conhecimento dos recursos da Telemedicina e da Telessaúde					
4) Posso conhecimento de bibliotecas digitais					
5) Minha capacitação com ferramentas da Internet como sites de pesquisa, bibliotecas digitais e Telemedicina e Telessaúde são importantes					
6) Minha capacitação com ferramentas da Internet como sites de pesquisa, bibliotecas digitais e Telemedicina e Telessaúde são mais importantes que a utilização de livros impressos e da biblioteca da Instituição					
7) Posso conhecimentos sobre a Medicina Baseada em Evidências					
8) Aplico a Medicina Baseada em Evidências na Atenção Básica					
9) Aplico a Medicina Baseada em Evidências nos demais cenários de prática					
10) A aplicação da Medicina Baseada em Evidências pode melhorar meu conhecimento					
11) A aplicação da Medicina Baseada em Evidências pode melhorar minha atuação na Atenção Básica					
12) Meus professores ou preceptores possuem conhecimento sobre Medicina Baseada em Evidências					
13) Discuto com meus professores ou preceptores a prática médica a partir da Medicina Baseada em Evidências					

**NC /ND:** *Não concordo e nem discordo*

**CP:** *Concordo parcialmente*

**CT:** *Concordo totalmente*

Questão: Qual é sua percepção sobre a possibilidade da aplicação de ferramentas da Internet como sites de pesquisa, bibliotecas digitais e do uso da Telemedicina e telessaúde?

---

## APÊNDICE E2

### Aluno - Questionário (nº2)

Prezado aluno responda o questionário a seguir (nº2) escolhendo uma única resposta para cada assertiva relacionada:

Período: \_\_\_\_\_ Unidade Básica: \_\_\_\_\_

**DT:** *Discordo totalmente*

Questões	DT	DP	NC ND	CP	CT
1) O ensino e aprendizagem na Atenção Básica deixa a desejar					
2) Posso conhecimento de portais de pesquisa médica					
3) Posso conhecimento dos recursos da Telemedicina e da Telessaúde					
4) Posso conhecimento de bibliotecas digitais					
5) Minha capacitação com ferramentas da Internet como sites de pesquisa, bibliotecas digitais e Telemedicina e Telessaúde são importantes					
6) Minha capacitação com ferramentas da Internet como sites de pesquisa, bibliotecas digitais e Telemedicina e Telessaúde são mais importantes que a utilização de livros impressos e da biblioteca da Instituição					
7) Posso conhecimentos sobre a Medicina Baseada em Evidências					
8) Aplico a Medicina Baseada em Evidências na Atenção Básica					
9) Aplico a Medicina Baseada em Evidências nos demais cenários de prática					
10) A aplicação da Medicina Baseada em Evidências pode melhorar meu conhecimento					
11) A aplicação da Medicina Baseada em Evidências pode melhorar minha atuação na Atenção Básica					
12) Meus professores ou preceptores possuem conhecimento sobre Medicina Baseada em Evidências					
13) Discuto com meus professores ou preceptores a prática médica a partir da Medicina Baseada em Evidências					

**DP:** *Discordo parcialmente*

**NC /ND:** *Não concordo e nem discordo*

**CP:** *Concordo parcialmente*

**CT:** *Concordo totalmente*

Questão: Qual foi sua percepção sobre a aplicação de ferramentas da Internet como sites de pesquisa, bibliotecas digitais e do uso da Telemedicina e Telessaúde?

---

---

---

**APÊNDICE F1****Preceptor - Questionário (nº1)**

Prezado preceptor responda o questionário a seguir (nº1) escolhendo uma única resposta para cada assertiva relacionada:

Período: \_\_\_\_\_ Unidade Básica: \_\_\_\_\_

DT: *Discordo totalmente*

DP: *Discordo parcialmente*

Questões	DT	DP	NC ND	CP	CT
1) Minha capacitação enquanto preceptor(a) deixa a desejar					
2) Posso conhecimento de portais de pesquisa medica					
3) Posso conhecimento sobre Telemedicina e Telessaúde					
4) Posso conhecimento de bibliotecas digitais					
5) Minha capacitação com ferramentas da Internet como sites de pesquisa, bibliotecas digitais, Telemedicina e Telessaúde são importantes					
6) Minha capacitação com ferramentas da Internet como sites de pesquisa, bibliotecas digitais e Telemedicina e Telessaúde são mais importantes que a utilização de livros impressos e da biblioteca da Instituição					
7) Posso conhecimentos sobre a Medicina baseada em evidências					
8) Aplico a Medicina baseada em evidências na minha pratica e com discussões na Atenção Básica					
9) A aplicação da Medicina baseada em evidências pode melhorar meu conhecimento					
10) A aplicação da Medicina baseada em evidências pode melhorar minha atuação na Atenção Básica					
11) Meus alunos possuem conhecimento sobre Medicina Baseada em Evidências					
12) Discuto com meus alunos a partir da Medicina Baseada em Evidências					

**NC /ND:** *Não concordo e nem discordo*

**CP:** *Concordo parcialmente*

**CT:** *Concordo totalmente*

Questão: Qual é sua percepção sobre a possibilidade da aplicação de ferramentas da Internet como sites de pesquisa, bibliotecas digitais e do uso da Telemedicina e Telessaúde?

---



---



---

**APÊNDICE F2****Preceptor - Questionário (nº2)**

Prezado preceptor responda o questionário a seguir (nº2) escolhendo uma única resposta para cada assertiva relacionada:

Período: \_\_\_\_\_ Unidade Básica: \_\_\_\_\_

**DT:** *Discordo totalmente*

Questões	DT	DP	NC ND	CP	CT
1) Minha capacitação enquanto preceptor(a) deixa a desejar					
2) Posso conhecimento de portais de pesquisa médica					
3) Posso conhecimento sobre Telemedicina e Telessaúde					
4) Posso conhecimento de bibliotecas digitais					
5) Minha capacitação com ferramentas da Internet como sites de pesquisa, bibliotecas digitais, Telemedicina e Telessaúde são importantes					
6) Minha capacitação com ferramentas da Internet como sites de pesquisa, bibliotecas digitais e Telemedicina e Telessaúde são mais importantes que a utilização de livros impressos e da biblioteca da Instituição					
7) Posso conhecimentos sobre a Medicina baseada em evidências					
8) Aplico a Medicina baseada em evidências na minha prática e com discussões na Atenção Básica					
9) A aplicação da Medicina baseada em evidências pode melhorar meu conhecimento					
10) A aplicação da Medicina baseada em evidências pode melhorar minha atuação na Atenção Básica					
11) Meus alunos possuem conhecimento sobre Medicina Baseada em Evidências					
12) Discuto com meus alunos a partir da Medicina Baseada em Evidências					

**DP:** *Discordo parcialmente*

**NC /ND:** *Não concordo e nem discordo*

**CP:** *Concordo parcialmente*

**CT:** *Concordo totalmente*

Questão: Qual foi sua percepção sobre a aplicação de ferramentas da Internet como sites de pesquisa, bibliotecas digitais e do uso da Telemedicina e Telessaúde?

---



---



---

## APÊNDICE G

### Quadros de 01 a 24

**Quadro 1: O primeiro encontro: nossa primeira Oficina...**

Local: Unidade Básica de Saúde da Família de Araras	
Data e Atividade sugerida	Resultados
<p style="text-align: center;"><b>09/07/2012</b></p> <p>a) Apresentação e objetivo da Tese. b) O problema apontado: Capacitação e disponibilidade do preceptor c) Apresentação e discussão sobre as ferramentas de busca e do portal Saúde Baseada em evidências –SBE- e Telessaúde: <a href="http://aplicacao.periodicos.saude.gov.br/index.php?view=principal">http://aplicacao.periodicos.saude.gov.br/index.php?view=principal</a> d) Possível escolha de Temas para estudo</p>	<p>Na Unidade há quatro internos do 9º período. Foi realizada a oficina com dois Internos e com a presença da enfermeira e da médica preceptora da UBSF para identificar duas condições:</p> <p>1) Em relação ao ensino e aprendizagem nas UBSF: Qual seria o maior problema? 2) O que você sugeriria para melhorar o ensino e aprendizagem na UBSF?</p> <p><i>Identificou-se a falta de desenvolvimento de temas que não foram desenvolvidos plenamente ou que foram deficientes nas Sessões de tutoria no Campus da Escola Médica no bairro Alto como farmacologia e anatomia. Os internos não referiram queixas especificamente à preceptoria na UBSF, mas gostariam de contextualizar estes temas no atendimento na Unidade.</i></p> <p><i>Sugestão: Indicação e Farmacodinâmica dos principais anti-hipertensivos.</i></p> <p><i>Discutiu-se ainda a acessibilidade ao tratamento (gratuidade e proximidade da farmácia) e a sua adesão</i></p>

**Quadro 2: As Férias...**

Local: Unidade Básica de Saúde da Família de Araras	
Data e Atividade sugerida	Resultados
<p style="text-align: center;"><b>16/07/2012 a 30/07/2012</b></p>	<p>Férias na UBSF. Sem alunos</p>

**Quadro 3: Reflexões sobre a Medicina Baseada em Evidências...**

Local: Unidade Básica de Saúde da Família de Araras	
Data e Atividade sugerida	Resultados
<p style="text-align: center;"><b>20/08/2012</b></p> <p>Rediscussão sobre os temas propostos na oficina de junho: farmacodinâmica dos anti-hipertensivos</p>	<p>Oficina com a participação de três internos e a médica preceptora. Percepção do que é Medicina Baseada em Evidências –MBE-. Apresentação por slides em notebook sobre MBE. Percepção de como a MBE poderia ser aplicada para o estudo farmacológico dos anti-hipertensivos e de temas clínicos do cotidiano de uma UBSF.</p> <p><i>Os alunos não foram participativos e aparentemente não apresentaram muito interesse pelo tema oferecido. A preceptora estava bastante angustiada com a demanda de atendimento na Unidade embora tenha achado o tema da MBE bastante interessante</i></p>

**Quadro 4: Médica falta...**

Local: Unidade Básica de Saúde da Família de Araras	
Data e Atividade sugerida	Resultados
<p style="text-align: center;"><b>27/08/2012</b></p> <p>Sem atividade</p>	<p>Internos saíram mais cedo. Problemas de saúde com a mãe da médica</p>

### Quadro 5: A resistência ao discurso da Medicina Baseada em Evidências...

Local: Unidade Básica de Saúde da Família de Araras	
Data e Atividade sugerida	Resultados
03/09/2012 Discussão sobre MBE	Rediscussão sobre a validade da MBE na tomada de decisões clínicas (com 04 alunos, pois a preceptora estava ocupada com a demanda da Unidade). <i>Resistência aos princípios da MBE. Para os alunos esta pareceria pouco prática no cotidiano.</i> <i>Argumentação de que o preceptor não mudaria sua percepção prática e de que nada adiantaria a MBE no cotidiano.</i> <i>Não gostariam de transformar estas oficinas em sessões de tutoria, pelas quais já haviam tido várias aulas no Campus e que já estariam saturados.</i> <i>Receptividade tensa.</i>

### Quadro 6: Enfim a discussão se aplica à prática clínica...

Local: Unidade Básica de Saúde da Família de Araras	
Data e Atividade sugerida	Resultados
10/09/2012 Discussão sobre condutas na cistite (infecção urinária)	Discussão sobre a conduta com diurético tiazídico. Comparação sobre a validade dos estudos apresentados em Consensos comparando-os a MBE com a base de dados <i>best practice</i> . Dúvidas na conduta da preceptora sobre cistite em homens. (03 ou 07 dias de antibioticoterapia?). <i>Foi verificado neste portal o tratamento com Sulfa e Trimetropim para cistite simples, o que confirmou a conduta da preceptora em muitos casos deste tipo de afecção, ou seja, a opção pela antibioticoterapia com Sulfa e trimetropim para cistite simples.</i> <i>Verificou-se ainda que <b>não</b> havia semelhança entre a conduta para tratamento inicial da HAS da Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia que instituiu o tratamento com monoterapia a partir de beta bloqueadores ou até antagonistas de canal de cálcio além de diuréticos em relação à base de dados <i>best practice</i> do Portal SBE que orientava o uso de diuréticos como monoterapia para este tratamento inicial.</i> Pactuou-se a discussão sobre anemia ferropriva para a próxima oficina. Internos participaram e gostaram da Oficina assim como a preceptora

### Quadro 7: Internos não vão à Unidade ...

Local: Unidade Básica de Saúde da Família de Araras	
Data e Atividade sugerida	Resultados
17/09/12 Sem atividade	<i>Internos não foram à Unidade. Acordado durante a semana com a equipe de Saúde por alguma demanda do Curso de Medicina no Campus</i>



### Quadro 8: E o novo grupo também não vem....

Local: Unidade Básica de Saúde da Família de Araras	
Data e Atividade sugerida	Resultados
27/09/12 Sem atividade	<i>Alunos do quarto período não foram devido à necessidade de estudarem para avaliação que seria no dia 29/09 no Campus por acordo com a Unidade de Saúde. Infelizmente optamos pela desistência da aplicação da Tese nesta Unidade.</i>

### Quadro 9: Agora vamos para o Campus...

Local: Campus do UNIFESO	
Data e Atividade sugerida	Resultados
Meses de Outubro e Novembro de 2012 Participação em reuniões semanais dos preceptores das Unidades Básicas de Saúde da Família	<i>Participação em reuniões semanais –que já eram realizadas pelas equipes- no campus do UNIFESO- na tentativa de oferecer a aplicação da Tese a partir da autonomia de horário da própria Unidade com seus alunos e com a possibilidade de se obter a sua aplicação em diversas Unidades simultaneamente. Houve 06 reuniões. Vale ressaltar que desta vez nos aperfeiçoamos. Todo o contato coma as equipes foi mais organizado. Foram feitas apresentações e distribuição de tutoriais para inscrição em bases editoriais e bibliotecas digitais a partir de portais eletrônicos gratuitos, além do passo a passo para a inscrição nos portais de Telemedicina e de Telessaúde do “Projeto Nacional de Telessaúde” (Telessaúde Brasil Redes). Os referidos tutoriais foram disponibilizados em envelopes distribuídos para cada Unidade (total de 14 Unidades) contendo ainda quadros para anotações da data, atividades realizadas (Temas de estudo) e impressões do preceptor e do discente na Unidade. Tal atividade foi proposta para o final do ano de 2012 até o final do ano de 2013. Vide apêndices do KIT Nesta fase apesar da aprovação no Comitê de Ética da FIOCRUZ e do UNIFESO, solicitamos ainda a autorização da Coordenação de Medicina para aplicação da Tese junto às UBSF Vide apêndices. Algumas Unidades se dispuseram a aplicar o estudo no mês de novembro, mas já alegavam que estariam no final do ano letivo e que não haveria continuidade dos estudos por parte dos alunos. Optaram por iniciar em Janeiro de 2013.</i>

### Quadro 10: Aguardando as férias...

Local: Campus do UNIFESO	
Data e Atividade sugerida	Resultados
Dezembro 2012 Sem atividade	<i>Recesso dos professores/preceptores nas Unidades e dos alunos</i>

### Quadro 11: Aguardando as férias...

Local: Campus do UNIFESO	
Data e Atividade sugerida	Resultados
Janeiro de 2013 Sem atividade	<i>Já havíamos percebido ao final das reuniões em novembro que haveria a participação ou adesão de poucas ou até risco de não se ter mesmo nenhuma Unidade na aplicação da</i>

*Tese. Novamente a alegação seria a falta de tempo e de disponibilidade para participação e realização das oficinas e com a possibilidade de interferir no processo de trabalho da Unidade.*

*Como o preceptor da Unidade de Vargem Grande, localizada a 15 km do Centro em região rural do município de Teresópolis, mostrou-se disponível e interessado, optou-se por realizar a Aplicação da Tese integralmente nesta Unidade tornando-se nossa Unidade piloto a partir deste mês.*

### **Quadro 12: Enfim a acolhida e o início de fato...**

**Local: Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande**

<b>Data e Atividade sugerida</b>	<b>Resultados</b>
<p><b>24/01/13</b></p> <p><b>Realização das oficinas sempre na terça ou quarta feira em um turno à tarde com a participação do preceptor e dos cinco internos aí lotados 1º Grupo de Internos (“rodam” a cada três meses)</b></p> <p><b>Aplicação do Pré-teste com a escala de Likert.</b></p> <p><b>Uso de login e senha do doutorando e do preceptor para acesso ao Portal SBE</b></p>	<p>Presentes: Preceptor</p> <p>Alunos: 05 Internos</p> <p>Início de atividade na Unidade / Presença de todos Internos do Nono período Apresentação do Projeto de Pesquisa.</p> <p>Aplicação do Pré-teste com a escala de Likert. Discussão sobre MBE e Telessaúde</p> <p>Acolhida a proposta de discutir temas clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Temas escolhidos a partir de consenso com o grupo e do significado dos mesmos para os alunos e preceptor.</li> <li>•Discussão dos temas a partir de questões bem práticas tal qual uma chamada de Programa de TV. Questões elementares que incluam questionamentos mais amplos.</li> </ul> <p>Optou-se por discutir para a próxima semana:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O uso profilático do ácido acetil salicílico (Aspirina®) é benéfico para cardiopatas?</li> <li>• O uso profilático da Aspirina® é benéfico para pessoas saudáveis?</li> <li>• Atividade física é benéfica para quem já teve IAM?</li> <li>• E para quem não teve?</li> </ul>

### **Quadro 13: Quem precisa de Aspirina®?...**

**Local: Unidade Básica de Saúde de Vargem Grande**

<b>Data e Atividade sugerida</b>	<b>Resultados</b>
<p><b>31/01/13</b></p> <p><b>- Discussão dos temas propostos</b></p>	<p>Presentes: Preceptor</p> <p>Alunos: 05 Internos</p> <p>Todos utilizaram o portal BVS</p> <p><i>O preceptor procurou cruzar os termos exercício x físico x vantagens e acabou selecionando o artigo: Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil</i></p> <p>Cad. Saúde Pública vol.25 nº.3 Rio de Janeiro Mar. 2009</p> <p>Disponível em:</p> <p><a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X200900030006&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X200900030006&amp;script=sci_arttext</a></p>

Neste artigo o preceptor verificou que o conhecimento da população de Pelotas- RS sobre o papel da atividade física no tratamento de diabetes e hipertensão é maior, em comparação à prevenção e que, portanto deve ser dado mais ênfase a importância do conhecimento sobre a prevenção.

Verificamos que os alunos participaram ativamente (ainda que esta tenha sido a primeira discussão e que poderíamos ter tido mais dúvidas) tendo um dos Internos lido o capítulo referente às propriedades farmacológicas da aspirina em um livro de Farmácia, embora o mesmo não tenha respondido a questão principal a respeito do uso profilático da Aspirina se seria benéfico para cardiopatas e/ou pessoas saudáveis.

Outro aluno verificou em artigo que o uso da aspirina reduziria em 35% o risco de IAM. Ponderou sobre o uso da aspirina e a possibilidade de se desenvolver doenças gástricas, AVC e Hemorragia digestiva já que o referido artigo tratava deste tema. A questão da atividade física ser benéfica para quem já teve ou não IAM já não foi respondida por nenhum dos alunos.

O restante dos alunos não conseguiu acessar o site dos livros "evolution".

#### **Pelo doutorando:**

- 1) Busca no portal da BVS para aspirina e infarto

Uso de termos: ASPIRINA AND INFARTO

1. Separamos: 758 textos completos
2. Separação: Assunto: Aspirina -277- vezes
3. Nova separação: Assunto: **IAM** - Aspirina AND IAM: 167 vezes

Artigo selecionado:

*Efeitos da aspirina e do trapidil sobre os eventos cardiovasculares após infarto agudo do miocárdio/ Effects of aspirin and trapidil on cardiovascular events after acute myocardial infarction*

Fonte: Rev Bras Med; 58(11): 867-874, nov. 2001. tab, graf

Conclusão: A aspirina em dose baixa efetivamente preveniu a recidiva de IAM em pacientes pós-infarto após trombólise ou angioplastia coronária quando utilizada durante longo prazo.

Optamos por estudar a partir da base de dados "Best Practice" no portal "saúde baseada em evidências" com busca em "Clinical evidences" e posteriormente "Systematic reviews" e depois "Cardiovascular disorders" tendo aí sido selecionado:

- Primary prevention of CVD: physical activity

A questão mais interessante neste tipo de busca foi o fato de que as perguntas oferecidas nesta base de dados (Best Practice) a partir de revisões sistemáticas encontra-se em coerência às questões formuladas e escolhidas na própria Unidade.

Abaixo esta listada as perguntas clínicas abordadas

*nesta revisão oferecidas pela própria base de dados "Best Practice" em relação a prevenção primária de desordens cardiovasculares:*

1) Does counselling people to increase physical activity lead to increased physical activity in healthy people without existing CVD?

**Provavelmente benéfico:**

Counselling people to increase physical activity versus no counselling: effects on level of physical activity  
 Counselling people to perform higher- versus lower-intensity exercise programmes: effects on level of physical activity

2) What are the health benefits of increasing physical activity in relation to cardiovascular outcomes in healthy people without existing CVD?

**Eficácia desconhecida:**

Counselling people to increase physical activity versus no advice: effects on cardiovascular outcomes  
 Counselling people to perform higher- versus lower-intensity exercise programmes: effects on cardiovascular outcomes

**Impressão:***Percebe-se, portanto que a base de dados "Best Practice" já oferece a revisão sistemática à perguntas clínicas e que, portanto partir de "clinical evidences" ao invés de realizar a busca no portal da BVS em artigos isolados parece ser mais rápido e eficiente ao preceptor e sobretudo aos alunos da UBSF.*

Pactuou-se para a próxima semana o estudo de:

- Tabagismo e doenças cardiovasculares
- Dieta e doenças cardiovasculares

**Quadro 14: Cuidado com sal! Cigarros? Nem pensar...**

<b>Local: Unidade Básica de Saúde de Vargem Grande</b>	
<b>Data e Atividade sugerida</b>	<b>Resultados</b>
<p style="text-align: center;"><b>05/02/13</b></p> <p><b>Discussão dos temas propostos</b></p>	<p>Presentes: Preceptor            Alunos: 04 Internos</p> <p><i>Dois internos estudaram juntos na BVS cruzando termos Alimentação and doenças cardiovasculares. Citaram três artigos:</i></p> <p>1) Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular en una comunidad de Naguanagua, Venezuela/ The level of knowledge concerning cardiovascular risk factors in people living in Naguanagua, Venezuela</p> <p>Fonte: Rev Salud Publica (Bogota); 13(5): 759-771, oct. 2011. ilus, tab.</p> <p><a href="http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-625641">http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-625641</a></p> <p>O artigo demonstra haver uma relação entre a apresentação elevada de fatores de risco e o baixo conhecimento acerca destes nas comunidades da Venezuela</p> <p>2) Excesso de sal pode causar doenças cardiovasculares de 2011(Não citaram a fonte)</p>

Referem que a OMS preconiza a ingestão de < 5,0 gramas de sódio e que há políticas do Governo Federal Brasileiro para diminuir a oferta de sal (sódio) em alimentos industrializados para que haja a redução do uso de anti-hipertensivos

GOULART, Denise et al. Tabagismo em idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [online]. 2010, vol.13, n.2, pp. 313-320. ISSN 1809-9823

Disponível em:  
[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1809-98232010000200015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-98232010000200015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

3) Dieta DASH na redução dos níveis de pressão arterial e prevenção do acidente vascular cerebral/ DASH diet in reducing blood pressure and preventing stroke

Fonte: Sci. med; 22(2)abr-jun. 2012.

Disponível:

<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/resources/ll-66132>

Conforme é citado em seu resumo artigo: “As evidências disponíveis sugerem que modificações no estilo de vida, incluindo a adoção de uma dieta tipo DASH, são estratégias eficazes no controle da hipertensão arterial e na redução de eventos cardiovasculares, como o acidente vascular cerebral”.

Em relação ao tabagismo estes mesmos dois internos utilizaram o termo tabagismo somente e optaram pelo artigo:

GOULART, Denise et al. Tabagismo em idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [online]. 2010, vol.13, n.2, pp. 313-320. ISSN 1809-9823.

Percepção que o tabagismo acelera o envelhecimento e de que o tabagismo representa uma fonte de risco e a causa principal de inúmeras doenças e de que o abandono do tabagismo, em qualquer idade, reduz o risco de morte e melhora a condição geral de saúde.

O terceiro aluno também pesquisou na BVS cruzando os termos: alimentação and doenças cardiovasculares, não pesquisou tabagismo. Apresentou dois artigos:

1) A variedade da dieta é fator protetor para a pressão arterial sistólica elevada

Arq. Bras. Cardiol. vol.98 no.4 São Paulo Apr. 2012 Epub Mar 15, 2012

Disponível

em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2012000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000400008&lng=en&nrm=iso)

2) Hábitos alimentares e fatores de risco para aterosclerose em estudantes de Bento Gonçalves (RS) 2010

Arq. Bras. Cardiol. vol.95 no.2 São Paulo Aug. 2010 Epub July 09, 2010

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066782X2010001200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2010001200005&lng=en&nrm=iso)

Estudo com 600 alunos indicou que são necessárias intervenções que promovam mudanças nos hábitos

alimentares dos estudantes como maior consumo de frutas, hortaliças e leguminosas e aumento do nível de atividade física.

*Segundo esta interna o Pubmed não lhe pareceu tão bom. O preceptor optou pela busca na BVS com os termos tabagismo and IAM*

Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento

Este estudo demonstra que os fatores de risco (como perfil lipídico, medida cintura quadril) encontram-se independentemente associados com IAM na região metropolitana de São Paulo.

Álvaro Avezum, Leopoldo Soares Piegas, Júlio César R. Pereira

São Paulo, SP

<http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n3/a03v84n3.pdf>

Pesquisa pelo doutorando:

1) Pesquisa no "Best Practice"

*Optou-se por estudar a partir da base de dados "Best Practice" no portal "saúde baseada em evidências" com busca em "Clinical evidences" e posteriormente "Systematic reviews" e depois "Cardiovascular disorders" tendo aí sido selecionado:*

• Primary prevention of CVD: diet

*What are the effects of dietary advice in generally healthy adults without existing CVD or increased CVD risk factors to improve cardiovascular outcomes (mortality, cardiovascular events, and cardiovascular risk factors)?*

*Provavelmente benéfico*

Advice to reduce sodium intake alone

*Eficácia desconhecida*

Advice to increase fibre intake alone

Advice to increase fruit and vegetable intake alone

Advice to reduce and/or modify fat intake alone

2) Pesquisa na BVS com o cruzamento dos termos tabagismo and IAM

Selecionado dois artigos:

a) Smoker's paradox' in young patients with acute myocardial infarction.

b) The smoker's paradox after successful fibrinolysis: reduced risk of reocclusion but no improved long-term cardiac outcome.

*Artigos interessantes que traduzem o chamado efeito paradoxal em que tabagismo parece estar associado à melhores resultados clínicos em pacientes jovens com IAM, sugerindo a existência de "paradoxo do fumante".*

***Impressão:*** Novamente percebe-se, que a base de dados "Best Practice" já oferece a revisão sistemática à perguntas clínicas e que, portanto partir deste item com seu "clinical evidences" ao invés de realizar a busca no portal da BVS em artigos isolados é mais vantajoso.

*Agendado: Aplicação do Omega 3 e 6. Quais reais benefícios podem advir do uso do mesmo?  
Proposta de submissão do Projeto ao Projeto de Iniciação Científica da Instituição PICPE até final de fevereiro.*

### **Quadro 15: Vamos estudar no Telessaúde?...**

<b>Local: Campus do UNIFESO - Biblioteca</b>	
<b>Data e Atividade sugerida</b>	<b>Resultados</b>
<b>02/03/13</b> <b>Discussão somente com o preceptor sobre o Portal SBE e o telessaúde</b>	Discussão excepcionalmente agendada em função do feriado de carnaval na Biblioteca Central do UNIFESO. Compareceu somente o preceptor. Discutimos a metodologia empregada -Portal SBE- e a inscrição no Telessaude da UERJ para realização do Curso de Pesquisa Clínica Baseada em Evidências <a href="http://www.telessaude.uerj.br/site/">http://www.telessaude.uerj.br/site/</a> Optou-se por reagendar para 05/03: Aplicação do Omega 3 e 6. Quais reais benefícios podem advir do uso do mesmo?

### **Quadro 16: Vai um filé de peixe?**

<b>Local: Unidade Básica de Saúde de Vargem Grande</b>	
<b>Data e Atividade sugerida</b>	<b>Resultados</b>
<b>05/03/13</b> <b>Discussão dos temas propostos</b>	<p>Presentes: Preceptor Alunos: 05 Internos</p> <p>Omega 3 e 6. Quais reais benefícios podem advir do uso do mesmo?</p> <p><i>Um interno utilizou a base de dados "ProQuest" do portal Saúde Baseada em Evidências</i></p> <p><i>Verificou termo Omega 3. Justificou que gostaria de saber a ação do ômega 3 no organismo.</i></p> <p><i>Entrou no site da "American heart association" e verificou a recomendação de comer quatro vezes por semana um filé de peixe para quem tivesse cardiopatia prévia -150 mg por cada filé de peixe sendo peixe de água fria: Salmão e Atum além de sardinha e óleo de bacalhau- diminuiria o triglicerídeos e aumentaria o HDL. Citou o cuidado com a contaminação de metais pesados na carne de peixe. Estudou um outro artigo a respeito deste tipo de alimento melhorar as sinapses do SNC e melhora do distúrbio bipolar. (não citou o artigo)</i></p> <p>Segundo interno: <i>Utilização da BVS: Usou termo Omega 3 ( leu os títulos que estavam associados ao ômega 3): Ácidos graxos Omega 3 e tratamento da esquizofrenia. Revista de Psiquiatria Clínica 2010.</i></p> <p><i>Verificou que o tecido nervoso tem muito lipídios e que o Omega 3 ajudaria na sinalização celular e na regulação enzimática e neuronal. 500mg é o ideal para indivíduos normais e para os esquizofrênicos deveria ser oferecido 4 vezes mais. Ajuda a prevenir quadro mais grave de psicopatias (mesmo sob uso de anti psicóticos) Seus efeitos adversos seriam aumento do colesterol total e tempo de sangramento aumentados. Entretanto haveria melhor</i></p>

*aderência ao tratamento e melhor resposta.*

Terceiro Interno:

*Estudou a respeito da apresentação de radicais livres embora não tenha trazido qualquer artigo; acabou por pouco colaborar na discussão.*

Quarto Interno:

*BVS: Termos Omega 3 and benefícios Revista nutrire Verificou que há uma boa correlação entre desenvolvimento neonatal e o uso do Omega três pela gestante: aspectos relacionados a sua essencialidade e suplementação.*

Quinto interno:

*BVS: Utilizou Omega 3 e posteriormente prevenção and ômega 3.*

*Balanço entre ácidos graxos ômega 3 e 6 na resposta inflamatória em pacientes com câncer e caquexia. Revista Nutrição vol. 19 n5 de Campinas.*

*Suplementação diminuiria a ocitocina pro-inflamatórias Suplementação com óleo de peixe com 2,2 gramas por 3 semanas exerceria atividade Antineoplásica e anticaqueticas.*

Pelo doutorando:

*Uso do portal Saúde baseada em evidências:*

**Base de dados escolhida: "Dynamed": Utilização do termo: Omega-3-acid Ethyl Esters**

Resultados:

A-Depression alternative treatments Updated 2012 Dec 05 12:39:00 PM:

- omega-3 fatty acids may reduce depression (level 2 [mid-level] evidence) but evidence inconsistent
- omega-3 fatty acids may be considered as augmentation to antidepressant therapy (APA Category III) (APA 2010 Nov)
- omega-3 supplementation does not appear to reduce depressive symptoms in patients with major depressive episodes except possibly in patients without comorbid anxiety disorders (level 2 [mid-level] evidence)
- addition of omega-3 acid ethyl esters are no more effective than placebo in patients with major depression and coronary heart disease taking sertraline (level 1 [likely reliable] evidence)
- omega-3 fatty acids (Omacor capsule) 1 g/day does not reduce mortality or risk for cardiovascular



events in patients with impaired glucose tolerance or diabetes and high risk for cardiovascular events (level 1 [likely reliable] evidence)

*Em síntese este portal disponibilizou as seguintes assertivas:*

➤ **Evidence summaries inconsistent for clinical outcomes:**

- no evidence that dietary or supplementary omega-3 fatty acid intake alters risk of death, cardiovascular events, or cancer
- omega-3 fatty acid supplementation does not appear effective in secondary prevention of cardiovascular disease (level 2 [mid-level] evidence)
- advice to increase fish oil intake has uncertain effects on cardiac mortality in patients with heart disease (level 2 [mid-level] evidence)
- omega-3 fatty acid supplementation may reduce risk of sudden cardiac death in patients with previous myocardial infarction, but may increase risk in patients with angina (level 2 [mid-level] evidence)
- omega 3 fatty acid and vitamin B supplements in combination or alone not associated with decreased risk of cardiovascular events in patients with previous myocardial infarction or stroke (level 2 [mid-level] evidence)
- omega-3 fatty acid supplementation associated with nonsignificant reduction in risk of restenosis after coronary angioplasty (level 3 [lacking direct] evidence)
- increasing fish consumption may be associated with decreased risk for coronary heart disease and stroke (level 2 [mid-level] evidence)

***Impressão: Novamente percebe-se, que a utilização da base de dados que ofereça uma revisão sistemática à perguntas clínicas torna-se mais vantajosa. No caso a base “Dynamed” mostrou-se igualmente eficiente ao invés de realizar a busca no portal da BVS com artigos isolados.***

***Clima de descontração a respeito da preferência alimentar do filé de peixe no cotidiano de cada participante da oficina o que deu maior significatividade ao tema estudado.***

### Quadro 17: E então, vamos utilizar o portal Saúde Baseada em Evidências?...

Local: Unidade Básica de Saúde de Vargem Grande	
Data e Atividade sugerida	Resultados
12/03/13 Discussão dos temas propostos – Vargem Grande	Presentes: Todos. <i>Construímos um fluxograma com a participação do preceptor (vide na Tese) a partir dos resultados oferecidos nas Oficinas já realizadas e discutimos a importância diferenciada de se estudar com o portal de Saúde Baseada em Evidências. Verificação da possibilidade de estudos bem mais amplos sobre o uso de base de dados como <b>Dynamed BMJ e Pro quest</b>. <u>Um aspecto muito importante:</u> Em relação ao uso da Telessaúde tanto os Internos como o preceptor <u>não</u> demonstraram tanto interesse (acharam-na interessante), mas seria “engessada” (na palavra dos alunos) pois trabalha com temas fixos e verticalizados (pouco interativa) em forma de cursos. Agendada a discussão sobre a validade do uso de suplementos vitamínicos no dia a dia. Optamos pela próxima Oficina na Biblioteca d UNIFESO, pois a Unidade estava com muita demanda de pacientes e atrapalhando as discussões.</i>

### Quadro 18: Comprar polivitamínicos? Ou seria melhor comprar frutas, verduras, legumes?...

Local: Campus do UNIFESO - Biblioteca	
Data e Atividade sugerida	Resultados
22/03/13 Discussão dos temas propostos	Presentes: Preceptor e dois alunos. <i>Interna verificou em vitaminas e benefícios na base de dados BMJ do Portal SBE e percebeu que as vitaminas podem ser benéficas nos distúrbios hormonais, doenças de pele e mucosa. Foi percebido por todos que o uso do portal parece facilitar MUITO a percepção sobre a existência de evidências sobre os temas escolhidos. Outro interno teve dificuldade porque os artigos apresentados com o termo vitaminas estavam quase sempre associados à sua superdosagem e pesquisou então na BVS o uso terapêutico das vitaminas. Citou como exemplo o uso de medicações antineoplásicas que causariam nefrotoxicidade além de câncer de ovário testículo e maior suscetibilidade a desenvolver Infecções respiratórias pulmonares e o combate ao efeito destas adversidades com o uso de Vitamina A, Selênio além de aminoácidos, comprovando que o uso de vitaminas, oligoelementos e aminoácidos combateriam esta nefrotoxicidade. Como teve dificuldades para encontrar outros artigos sobre uso terapêutico das vitaminas, usou o portal google e o google escolar. Utilizou Pesquisas na UERJ (uso abusivo de polivitamínicos) oferecendo como exemplo o polivitamínico comercializado como Centrium®, referindo que a “suplementação” já se faz pela boa alimentação diária (frutas, legumes e verduras...) e que somente seria válida a ideia de suplementação vitamínica a quem tivesse de fato, indicações para tal, como no caso de déficit de absorção</i>

### Quadro 19: Aplicação do pós teste...

Local: Unidade Básica de Saúde de Vargem Grande	
Data e Atividade sugerida	Resultados
<p>25/03/13</p> <p>Aplicação do pós teste com a escala de Likert</p>	<p>Presentes: Preceptor e todos os alunos.</p> <p><i>Como a Unidade estava muito cheia e com aplicação de provas para alunos de enfermagem na própria Unidade, optou-se por aplicar o pós teste com a escala de Likert para verificação dos resultados finais com este 1º grupo de alunos, uma vez que eles já irão sair em duas semanas para o Internato eletivo de duração de 03 meses. Foi marcada a discussão final de polivitamínicos e do uso de cálcio para tratamento de osteoporose e osteopenia.</i></p>

### Quadro 20: Usando a Livraria digital e resumos de revisões Cochrane traduzidas para o estudo das vitaminas...

Local: Campus do UNIFESO - Biblioteca	
Data e Atividade sugerida	Resultados
<p>05/04/13</p> <p>Discussão dos temas propostos</p>	<p>Presentes: Doutorando e 01 aluno. Preceptor teve um compromisso.</p> <p>Doutorando:</p> <p>Busca na base de dados do Portal SBE: Proquest:</p> <p><b>Cálcio e risco de IAM:</b></p> <p>The results of a meta-analysis suggested that the use of oral calcium supplements alone (without vitamin D) might be associated with an increased risk of myocardial infarction. However, none of the 15 included studies had cardiovascular outcomes as primary end-points, and collection of the data on cardiovascular events was not standardised. Also, the results of this analysis may not apply to the use of calcium supplements with vitamin D, which is generally recommended in the treatment and prevention of osteoporosis.</p> <p><b>Busca na Livraria Atheneu:</b></p> <p><b>Oferta de revisões sistemáticas</b></p> <p>QUESTÃO CLÍNICA</p> <p><b>O uso rotineiro de multivitaminas auxilia na prevenção de câncer?</b></p> <p>CONTEXTO</p> <p>Neste encontro apesar de não terem ido os alunos e pela primeira vez o preceptor não pode comparecer, percebeu-se o grande potencial do uso das revisões sistemáticas oferecidas pela Cochrane através da biblioteca digital da <i>Livraria Atheneu</i> PortalSaúde Baseada em evidências que oferece diversas revisões prontas para estudo, que embora não fosse literalmente o tema específico previamente escolhido estaria muito próximo da argumentação do mesmo, tais como: <i>“Suplementação de Cálcio durante a gestação para prevenção de doença hipertensiva e problemas associados”</i> ou ainda <i>“Suplementação de vitamina A para mulheres no pós-parto”</i> presentes</p>

em Resumos de revisões Cochrane traduzidas

erespectivamente apontadas abaixo:

No caso da suplementação de cálcio:

*“A suplementação de cálcio ajuda a prevenir a pré-eclâmpsia, o nascimento prematuro e a diminuir o risco de a mulher morrer ou ter graves problemas relacionados à pressão alta na gravidez. A pré-eclâmpsia é uma das principais causas de morte em mulheres grávidas e recém-nascidas em todo o mundo. O parto prematuro (nascimento antes de 37 semanas) é frequentemente causado por pressão alta e é uma da principal causa de mortalidade infantil, particularmente em países de baixa renda. A revisão de 13 estudos, envolvendo 15.730 mulheres, demonstrou que a suplementação de cálcio durante a gravidez é um meio seguro e relativamente barato de reduzir o risco de pré-eclâmpsia em mulheres com risco aumentado, e as mulheres de comunidades com baixo cálcio na dieta. As mulheres também apresentaram menor chance de morrer ou ter graves problemas devido à pré-eclâmpsia. Os bebês eram menos propensos a nascer prematuro. Nenhum efeito adverso foi encontrado, mas mais pesquisas são necessárias para a dosagem ideal para a suplementação”.*

No caso da suplementação de vitamina A: Nenhum dos estudos foi capaz de demonstrar um efeito sobre a queda da mortalidade infantil e apenas um pequeno estudo mostrou que a saúde infantil melhorou.

Já também em revisões Cochrane referentes a **Evidências para a prática em Saúde – EPAS**-obteve-se o seguinte resultado no estudo: *Multivitaminas na prevenção do câncer de pele:*

*Não houve diferença para a incidência de câncer de pele nos dois grupos, e a diferença foi um pouco mais pronunciada na prevenção de outros tipos de câncer, que não o de próstata, HR=0,88 (IC 95%: 0,79 a 0,98, p=0,02). A multivitamina não apresentou efeito no risco de mortalidade. Esse efeito não foi observado em homens com história familiar de câncer e era particularmente maior em homens que já tivessem história de câncer no início do estudo.*

Impressão: Desta forma as revisões sistemáticas Cochrane constituem-se como parte integrante dos estudos da Saúde baseada em Evidências e podem se constituir como ótima fonte de referência para os profissionais de saúde.

**Quadro 21: Chega à Unidade um novo grupo de Internos...**

**Local: Unidade Básica de Saúde de Vargem Grande**

<b>Data e Atividade sugerida</b>	<b>Resultados</b>
<b>17/04/13</b>	Presentes: Preceptor Alunos: 05 Internos
<b>Iniciada uma nova fase de pesquisa com o 2º grupo de alunos do Internato em Saúde da Família</b>	Apresentação do Projeto de Pesquisa. Aplicação do Pré-teste com a escala de Likert. Discussão sobre MBE Proposta de discussão de temas clínicos e priorizar o uso do portal “Saúde baseada em evidências” com uso de login e

<p><b>Aplicação do Pré-teste com a escala de Likert</b></p> <p><b>Uso de login e senha do doutorando e do preceptor para acesso ao Portal SBE</b></p>	<p>senha do doutorando e do preceptor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Temas escolhidos a partir de consenso com o grupo</li> <li>•Discussão dos temas a partir de questões bem práticas tal qual uma chamada de Programa de TV. Questões elementares que incluam questionamentos mais amplos. Optou-se por discutir para a próxima semana de acordo á opção do grupo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• O uso do Zinco. Quais benefícios podem trazer para a saúde?</li> <li>• O uso do Zinco na infância, juventude e vida adulta. Há diferenças?</li> </ul> </li> </ul>
---	--

### Quadro 22: Zinco? Para quê?...

Local: Campus do UNIFESO - Biblioteca	
Data e Atividade sugerida	Resultados
<p style="text-align: center;">24/04/13</p> <p><b>Discussão dos temas propostos</b></p>	<p>Presentes: Todos os Alunos e o preceptor:</p> <p>Discussão sobre o uso do Zinco</p> <p>Doutorando:</p> <p>Busca na base de dados do Best Practice. Dynamed não ofereceu resultados na busca com o termo zinco ou ainda associados a vitaminas ou suplementação e nem mesmo pela letra Z isoladamente.</p> <p>A partir da busca na base de dados do Best Practice surgiu então, “deficiência de Zinco”:</p> <p><i>Zinc deficiency is a lack of sufficient zinc to maintain optimal health, and may have genetic, nutritional, or metabolic etiologies. Zinc is a key micronutrient important in growth and development, <b>immune function</b>, taste, smell, wound healing, protein synthesis, and maintenance of skin and hair.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Severe zinc deficiency is rare and usually congenital. Milder zinc deficiency is usually acquired and is common in older people.</i></li> <li>• <i>Manifestations of zinc deficiency may be subtle and can affect many organ systems. Delayed wound healing, impaired taste, loss of appetite, hair loss, fertility issues, and increased susceptibility to infection are common manifestations.</i></li> <li>• <i>Plasma or serum zinc levels are useful in the evaluation of patients with suspected zinc deficiency. Milder forms of zinc deficiency may not be detected in plasma or serum tests, but supplementation may still be considered for patients with typical symptoms.</i></li> <li>• <i>In most cases, standard oral zinc supplementation leads to increased zinc levels and amelioration of</i></li> </ul>

symptoms.

- *Zinc supplementation is generally safe, although acute toxicity with high doses may lead to adverse changes in immune, iron, copper, and cholesterol status, as well as to potential genito-urinary problems.*
- *Em relação a suplementação para crianças fica claro que o aporte de zinco é fundamental e que a suplementação para adultos é de 30 a 40 mg diárias. Abaixo uma tabela com a suplementação necessária em termos de alimentos naturais da dieta do dia a dia*

<http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/1195/diagnosis/history-and-examination.html>

#### **Zinc deficiency**

*Has been known of for 40 years but ignored by global health organizations*

*1º Interno: Suplementação deve ser com uso de 10 mg por 02 a 03 semanas na faixa etária até 04 anos.*

*2º Interno: Outra referência em que o adulto deve usar uma associação de Zinco com Ferro e para o lactente deve-se suprir a partir de 06 meses até 02 anos (tanto Fe como Zn)*

*3º Interno: Nos países em desenvolvimento a deficiência de zinco apareceu em quem não (ou ainda pouco) ingeria carnes.*

*4º Interno e preceptor: Estudaram aspectos do metabolismo e imunidade afetados pela deficiência de zinco.*

*Discussão para a próxima etapa dos tratamentos a base de sementes de abóbora para verminoses e chá de camomila para acalmar as crianças agitadas.*

### **Quadro 23: Dá para tratar verminose com semente de abóbora? E chá de camomila acalma?...**

<b>Local: Campus do UNIFESO - Biblioteca</b>	
<b>Data e Atividade sugerida</b>	<b>Resultados</b>
<b>08/05/13 e 15/05/13</b> <b>Discussão sobre uso de sementes de abóbora, fitoterapia e algumas aplicações da medicina popular, complementar ou alternativa no tratamento de queixas comuns na Atenção Básica:</b>	Discussão inicial com um Interno, pois dois estavam adoentados e um faltou além do preceptor ausente, pois ele estaria realizando um Curso neste mês de Maio. Foi exposto pelo doutorando a pesquisa em portais sobre uso de sementes de abóbora, fitoterapia e algumas aplicações da medicina popular, complementar ou alternativa no tratamento de queixas comuns na Atenção Básica: <i>Busca por sementes de abóbora sem resultados. Opção por buscar em respostas baseadas em evidências. Estas importantes e interessantes respostas já estariam prontas, e</i>

que embora não respondessem diretamente às dúvidas levantadas, demonstravam a eficácia da fitoterapia como tratamento (o que já é bastante interessante uma vez que havia dúvidas sobre as evidências deste tipo de tratamento). Desta forma procedeu-se a pesquisa em:

*“Respostas baseadas em evidências” para “Problemas em Atenção Primária” no portal Saúde baseada em Evidências: Estas perguntas assinalaram que existem sim evidências a respeito do tratamento com fitoterapia para dismenorrea, por exemplo: (embora não ao alcance do público brasileiro em virtude de ser um chá chinês e alcançável a partir de tratamentos com medicina chinesa)*

*1) Qual a eficácia do chá de arruda para tratamento de dismenorréia e menorragia?*

Foi verificado que TOKI-SHAKUYAKU-SAN, uma mistura de 6 ervas (incluindo angélica e paeônia) – muito utilizado na medicina tradicional chinesa – realmente tem efeito benéfico para o tratamento da dismenorréia (Grau A) (1).

*2) Há indicação de uso de chás de camomila, entre outros no tratamento de feridas em membros inferiores. Há alguma evidência quanto à efetividade deste tratamento alternativo?*

Até o momento inexistem estudos que comprovem seu grau de evidência científica, portanto não é recomendado o uso de chá de camomila em lesões com seus princípios ativos.

*3) É possível tratar a insônia com fitoterápicos?*

Não foram encontrados estudos que apontem elementos que recomendem ou contra-indiquem o uso de plantas medicinais para o tratamento de insônia.

A pesquisa a partir da BVS já verificou algumas respostas não ao uso da abobora como vermífugo, mas como tratamento para mulheres em pós menopausa:

**Improvement in HDL cholesterol in postmenopausal women supplemented with pumpkin seed oil: pilot study.**

Autor(es): Gossell-Williams M; Hyde C; Hunter T; Simms-Stewart D; Fletcher H; McGrowder D; Walters CA

RESULTS: Women receiving pumpkin seed oil showed a significant increase in high density lipoprotein cholesterol concentrations (0.92  $\bar{A}$ ,  $\hat{A}\pm$  0.23 mmol/l vs. 1.07  $\bar{A}$ ,  $\hat{A}\pm$  0.27 mmol/l; p = 0.029) and decrease in diastolic blood pressure (81.1  $\bar{A}$ ,  $\hat{A}\pm$  7.94 mmHg vs. 75.67  $\bar{A}$ ,  $\hat{A}\pm$  11.93 mmHg; p < 0.046). There was also a significant improvement in the menopausal symptom scores (18.1  $\bar{A}$ ,  $\hat{A}\pm$  9.0 vs. 13.2  $\bar{A}$ ,  $\hat{A}\pm$  6.7; p < 0.030), with a decrease in severity of hot flushes, less headaches and less joint pains being the main contributors. Women in the group receiving wheat germ oil reported being more depressed and having more unloved feeling.

CONCLUSION: This pilot study showed pumpkin seed oil had some benefits for postmenopausal women and provided strong evidence to support further studies.

**A randomized trial of peppermint gel, lanolin ointment, and placebo gel to prevent nipple crack in primiparous**

**breastfeeding women.**

**Fonte: Med Sci Monit;13(9): CR406-411, 2007 Sep.**

RESULTS: The study groups were comparable in mean age and route of delivery. Nipple crack were less in mothers who received peppermint gel than in those who received lanolin ointment or placebo ( $\chi^2=16.8$ ,  $df=6$ ,  $P=0.01$ ). Relative risk of nipple crack in the lanolin group (RR: 2.41, 95%CI: 1.20-3.01) was higher than in the peppermint group (RR: 1.85, 95%CI: 1.64-3.10). CONCLUSIONS: Prophylactic peppermint gel in breastfeeding lactating women is associated with fewer nipple cracks and is more effective than lanolin and placebo. It could be recommended for preventing of nipple crack along with teaching better breastfeeding technique at the initiation of breastfeeding.

*Um Interno procurou com o termo "oil" no Best Practice e acabou verificando o óleo de semente de castanheira traduzido para o inglês: óleo de amendoim porque não conseguia achar só óleo da semente de abóbora. Seria usado para constipação idiopática em adultos jovens (20 anos) Eficácia não reconhecida. Quando procurou na base de dados Best Practice verificou Temas sob revisão sistemática prontos. Achou muito interessante*

*Tinha tentado óleo de girassol e/ou com vitamina C e verificou que há melhoras em ferimentos e úlceras venosa. Verificou ainda mais dois tipos de óleo para tratamentos específicos:*

*Óleo de semente de castanheira que apresenta melhoras para Insuficiência Venosa Crônica principalmente para dor, mas não para cicatrização e;*

*Óleo de primula (flor) que diminuiria a tensão pré menstrual (evidências baixas) embora quando comparado a ooforectomia (retirada dos ovários) o resultado seja inferior. Estudou ainda que a associação do óleo de Primula ao óleo de peixe para pacientes com baixo risco de pré-eclâmpsia não verificaria resultados satisfatórios na diminuição desta doença.*

*Como só teve a presença de um interno optamos por dar continuidade ao tema na semana seguinte.*

#### **Quadro 24: Continuando com a fitoterapia...**

<b>Local: Campus do UNIFESO - Biblioteca</b>	
<b>Data e Atividade sugerida</b>	<b>Resultados</b>
<b>29/05/13</b>	Dois Internos (o da semana anterior desta vez não compareceu) presentes e o preceptor
<b>Discussão do tema proposto</b>	Um interno verificou o uso da semente de abóbora e o outro a semente de girassol para combate à parasitoses e verminoses -uma vez que ao se estudar a "semente de abóbora" este termo acaba por "levar" ao "óleo" desta respectiva semente e por extensão também ao óleo da "semente de girassol"; os dois classificados como óleos de vegetais. <i>O 1º interno verificou na BVS que um estudo a respeito do uso da semente de abóbora como vermífugo em crianças de</i>



02 a 05 anos com uso de 05 gramas diárias de óleo, não teria tido eficácia, na verdade eficácia de 15% como vermífugo o que teria sido um percentual muito baixo. Em relação ao outro interno, este verificou que a semente de abóbora diminuiria os níveis de triglicerídeos e de glicose. Acharam muito interessante o tema.

O 2º interno, também a partir de artigos na BVS, verificou que a semente de abóbora poderia ser utilizada nas doenças cardiovasculares e em cicatrizações de úlceras venosas e proteção de mucosa gástrica para ratos, mas que tal eficácia não foi confirmada para seres humanos. No entanto foi comprovada a eficácia proteica da semente de girassol (como suplemento alimentar).

O preceptor não conseguiu, desta vez, estudar o tema proposto.

Tema para a próxima Oficina:

Vertigens: O que é? Etiologia e seu diagnóstico. Como tratá-la? Eficácia e indicações da cinarizina (anti vertiginoso) e Ginkgo biloba (fitoterápico utilizado como anti vertiginoso)?

### Quadro 25: Vertigens e anti vertiginosos...

Local: Campus do UNIFESO - Biblioteca

Data e Atividade sugerida	Resultados
<p data-bbox="395 1021 517 1048">05/06/13</p> <p data-bbox="284 1093 632 1120"><b>Discussão do tema proposto</b></p>	<p data-bbox="676 1021 1410 1120">Vertigens: O que é? Etiologia e seu diagnóstico. Como tratá-la? Eficácia e indicações da cinarizina (anti vertiginoso) e Ginkgo biloba (fitoterápico utilizado como anti vertiginoso)?</p> <p data-bbox="676 1128 1410 1263">Doutorando: Busca no Dynamed com vertigo and dizziness informações sintéticas e interessantes, mas muito resumidas. Discussão com dois internos e o preceptor comparece mais tarde.</p> <p data-bbox="676 1272 1410 1335">Na base de dados da L Atheneu não houve muitas respostas (não havia revisões chroane com vertigem ou tonteira)</p> <p data-bbox="676 1344 1410 1478">Estudo do G Biloba pelo “medicines” do BMJ : Excelente estudo com quase todas as respostas baseadas em MBE o que pode fazer com que esta base de dados possa ser muito usada para estudo de qualquer droga</p> <p data-bbox="676 1487 1410 1550">Pesquisa pelo Telessaúde BVS Muito boa 419 estudos sendo 183 em vertigem</p> <p data-bbox="676 1559 884 1585"><u>Artigo escolhido:</u></p> <p data-bbox="676 1594 1410 1729"><i>Da tontura à vertigem: uma proposta para o manejo do paciente vertiginoso na Atenção Primária / From dizziness to vertigo: a proposal for the management of the vertiginous patient in Primary Care</i></p> <p data-bbox="676 1738 1331 1765">Fonte: Rev. APS;11(1):62-73, jan.-mar. 2008. ilus, tab.</p> <p data-bbox="676 1809 1410 2045"><i>A vertigem é a ilusão de girar em torno do ambiente ou vice-versa. É comum e geralmente avaliada pelo médico da atenção primária (MAP). Alguns MAP a subestimam, daí esta proposta. Realizou-se um levantamento bibliográfico no PubMed, LILACS, SciELO, Cochrane, e bibliotecas da Universidade Federal do Paraná e Pontifícia Universidade Católica do Paraná. É fundamental o conhecimento do</i></p>

*aparelho vestibular, dividido em periférico (aparelho e nervo vestibular) e central (núcleos, vias e centros corticais vestibulares). A propedêutica permite diferenciar a vertigem da síncope, desequilíbrio e sensações cefálicas variadas, além da vertigem periférica (VP) e central (VC). A VP pode estar associada à tinnitus, hipoacusia, vertigem intensa, prostração, sudorese e palidez. O nistagmo é esgotável, horizontal, rotatório ou misto e desaparece ao fixar o olhar. A VC caracteriza-se pela latência e tolerabilidade da vertigem e não está acompanhada de hipoacusia ou tinnitus. Pode associar-se à ataxia, disartria, diplopia, alterações sensitivas, motoras ou de pares cranianos. O nistagmo é inesgotável, de direção diferente em cada olho e abalos em qualquer direção que não a horizontal. Os exames complementares são desnecessários, exceto nos casos de VC e doença de Ménière. O tratamento é direcionado à causa, devendo-se tranquilizar o paciente sobre o caráter, na maioria das vezes, benigno e limitado. Os fármacos sintomáticos devem ser usados racionalmente e pelo menor tempo possível. Destaca-se a necessidade de pesquisas de campo na atenção primária que nos permitiria estabelecer estratégias e protocolos no manejo da vertigem.(AU)*

#### **Quadro.26: Tensões no PSF. Nova administração e demissões em vista...**

<b>Local: Campus do UNIFESO - Biblioteca</b>	
<b>Data e Atividade sugerida</b>	<b>Resultados</b>
<b>13/06/13</b>  <b>Discussão do tema proposto e tensões na administração do PSF do município</b>	<p>Rediscussão sobre vertigem. Três Internos presentes. Houve pouca participação destes e o preceptor não pode comparecer, pois estava em um Curso de atualização sobre condutas na Atenção Básica e de Terapia Comunitária para ser aplicado na UBSF.</p> <p>Há um momento de grande tensão e possibilidade de desistência de participação da Unidade piloto, uma vez que é aberto o Edital para concorrência Pública da Gestão do PSF de Teresópolis.</p> <p>Segundo o comentário do Grupo, a firma que administra atualmente o PSF deverá demitir todos para que haja possibilidade de contratação pelo UNIFESO (caso esta seja a vencedora) Este aspecto gera descontentamento e tensões além da desistência de atuações destes profissionais nas UBSFs em que estão lotados.</p> <p>Diante disto agendamos o pós teste com todos os Internos para semana que vem e optamos pelo encerramento deste Grupo de trabalho.</p>

#### **Quadro 27**

**: Aplicação do pós-teste. O UNIFESO ganha a concorrência. Haverá novo concurso e ...demissões nas equipes.**

<b>Local: Campus do UNIFESO - Biblioteca</b>	
<b>Data e Atividade sugerida</b>	<b>Resultados</b>
<b>18/06/13</b>	Aplicamos o pós-teste. Resultados apontaram ganhos na

<p><b>Aplicação do pós-teste. UNIFESO vencedora. Tensões nas equipes com demissões programadas. Reformulação de todas as equipes Opção pelo término da realização das Oficinas Estudo dos questionários aplicados</b></p>	<p>utilização dos portais eletrônicos. Encerramento do Grupo G2. Houve o planejamento com o preceptor para o início das atividades com o Grupo G3 de Internos na UBSF de Vargem Grande para Agosto de 2013 ou na 3ª semana de Julho (pois há férias em Julho). Discutimos a possibilidade de realização do Projeto com a participação do mesmo preceptor. No entanto este aspecto dependeria de sua aprovação no Concurso do PSF do UNIFESO. Tal condição não ocorreu (houve desistência da candidatura deste preceptor para o Concurso)</p> <p>Houve reestruturação de todas as equipes o que dificultou a realização de novas oficinas</p> <p>Optamos por encerrar a realização de novas oficinas e, portanto a aplicação de novos questionários.</p> <p>Procedemos à análise dos resultados apresentados nos questionários já aplicados.</p>
---	---

## DISCUSSÃO

Esperamos ter alcançado o objetivo estabelecido neste estudo, ou seja, colaborar na elaboração de estratégias de ensino-aprendizagem em novos cenários de prática nos cursos de graduação em medicina. Sobretudo se estas estratégias auxiliarem na aproximação de discentes das Escolas Médicas e ainda de médicos à Atenção Básica - AB-.

Em nosso estudo percebemos a potencialidade deste cenário em vários aspectos; seja a do exercício do trabalho sob um intenso contato comunitário, seja pela possibilidade de realização de pesquisas clínicas, e ainda pelo que mais nos interessou; a representação de um fecundo laboratório para análise e elaboração de estratégias de ensino-aprendizagem.

É fundamental, portanto, que a AB possa de fato se fixar como um importante representante (e se possível, sempre interessante) dos múltiplos cenários que o estudante de medicina possa percorrer na sua trajetória profissional. Portanto neste estudo, ainda que considerado na sua exígua temporalidade e passível de conclusões parciais, verificamos alguns aspectos que mereceram destaque.

Em relação à análise das percepções discentes na AB notamos o quanto é imprescindível que as escolas médicas estejam atentas às experiências de integração ensino-trabalho-comunidade neste cenário. É de extrema importância que as percepções dos estudantes e dos usuários do SUS aí inseridos sejam consideradas como referência para melhor adequação do ensino-aprendizagem aí realizado. Esta inserção pode se tornar um ótimo instrumento de integração e de sensibilização para a realidade local daquela comunidade e pode ainda facilitar o sucesso de uma real transformação curricular. A experiência na AB, sobretudo para aquelas que contemplem a Estratégia de Saúde da Família, quando contextualizada na noção da integralidade do cuidado e centrada no conceito de adoecer biopsicossocioambiental, nos parece potencializar o ensino e a aprendizagem, de forma efetivamente significativa, para seus docentes, preceptores e fundamentalmente, para seus discentes. No entanto todos estes aspectos só se tornam concretos se houver uma permanente integração e discussão entre as demandas e expectativas que inclua ainda outros atores, no caso: a Escola Médica, seus alunos, os usuários e os trabalhadores locais (Ceccim *et al*, 2004; Marins, 2004; Koifman *et al*, 2006).

Fóruns de discussão, como o 44º Congresso Brasileiro de Educação Médica, em 2006, e o IX Congresso Brasileiro de MFC, em 2008 já debatiam a importância e significado desta inserção. Além deste aspecto, a consideração e estudo das diretrizes construídas pela Associação Brasileira de Educação Médica –Abem- e SBMFC – *Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina (D-APS)* –, com o objetivo de apoiar as escolas médicas na elaboração de projetos pedagógicos no contexto da Atenção Primária à Saúde pode possuir um papel fundamental, além de evitar experiências negativas (Gusso *et al*, 2011; Demarzo *et al*, 2012).

A título de exemplo podemos citar o trabalho de Peres *et al* (2012) a partir da proposta do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP). Estes autores estudaram a inserção das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) no ensino de graduação extramuros da FMRP, proposta esta semelhante ao nosso estudo sobre a utilização de portais eletrônicos na AB. Como forma de obter um Aprendizado Eletrônico foi utilizado o Teleduc (TELEDUC, 2014), definido como um ambiente eletrônico -criado por pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas –UNICAMP- que possibilita a participação e administração de cursos na Web (<http://www.teleduc.org.br/>). Esta ferramenta foi então utilizada pelos docentes e discentes no eixo Atenção à Saúde da Comunidade desta Faculdade. Em seguida foram realizados grupos focais e aplicados questionários semiestruturados a professores de Clínica Médica (N = 29) e a estudantes do quarto ao sexto ano (N = 45). Concluiu-se que os professores da etapa clínica subutilizam tais recursos, um padrão que também foi confirmado pelos estudantes. Os autores deste estudo justificaram que esta condição teria ocorrido muito mais pela falta de condições pessoais e apoio institucional do que por atitudes negativas frente a este tipo de recurso educacional ou à falta de acesso dos estudantes aos meios necessários.

Percebe-se aí, de forma semelhante ao nosso estudo sobre as percepções discentes na AB, que é fundamental que exista a interatividade entre a coordenação de Instituições de ensino e os autores envolvidos em projetos pedagógicos inovadores. Para estes autores - ao se referirem às estratégias de ensino para estudantes de medicina -, “não haveria rótulos fáceis, contendo fórmulas definitivas”, ainda que afirmem que “o ciberespaço já tenha se imposto ao contexto social e educacional ao redor do mundo” (Peres *et al*, 2012 p.140).

Em outro estudo que considera a importância de projetos pedagógicos que orientem a formação e a atuação discente em um papel de relevância social, Fornan *et al* (2011) descrevem a experiência de um Programa de Residência em Medicina Social que desde 1975 treina médicos para a prática em comunidades carentes urbanas, mais especificamente no distrito do Bronx em Nova York. O conteúdo deste Programa inclui atividades de aprendizagem abordando aspectos sociais e culturais da saúde no contexto de vida dos pacientes, além da compreensão de características de sua comunidade. Segundo estes autores esta proposta se caracterizou como uma inovação curricular exitosa e tem tido o apoio de seus estudantes. Nota-se que a criação de recursos visando à integração e a sensibilização para uma realidade local pode, de fato, facilitar o sucesso de uma transformação curricular. Desta forma, a incorporação de experiências positivas de integração ensino-trabalho-comunidade parece considerar frequentemente a condição de integralidade, mesmo em cenários dispares ao modelo da AB brasileira.

Um importante aspecto estudado veio a partir do nosso segundo trabalho. Este nos possibilitou reflexões sobre a influência do papel das transformações curriculares nas Escolas Médicas na trajetória profissional dos graduandos de medicina. A implantação de Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem –PBL- e a inserção em cenários de AB a partir das orientações das DCNs para os Cursos de Graduação em Medicina e da incorporação de Programas Governamentais elaborados pelos Ministérios da Educação e da Saúde como o Promed, PRÓ-SAÚDE e Pet-Saúde parecem de fato suscitar (novas) reflexões para que este estudante possa optar por especialidades mais próximas do generalista, como é o caso da Medicina de Família e Comunidade (DCNs, 2001; Promed, 2002 PRÓ-SAÚDE, 2005 e Pet-Saúde, 2011) Tal condição poderia ser capaz de produzir mudanças, apesar da constante demanda –inclusive mercadológica - do atual complexo médico industrial e de seus avanços tecnológicos, e assim de certa forma romper a hegemonia de outras (sub) especialidades médicas baseadas em procedimentos e de maior dependência de recursos técnicos específicos, como no caso da área cirúrgica (Fiore, 2004; Cabral Filho, 2005).

Já um ponto importante seria o fato deste novo modelo curricular -sob a lógica das DCNs e dos Programas apontados- que se encontra mais próximo do sentido da integralidade e da dimensão ecológica do processo saúde-doença; ao

estar ainda comprometido com os princípios do Sistema Único de Saúde, poderia despertar um maior comprometimento desta formação médica às reais e necessárias demandas sociais da população brasileira. Condições estas distintas da formação médica mais tradicional amparada no modelo reducionista e na lógica do mercado. Vale ainda ressaltar neste contexto, a criação de dois Programas mais recentes: o PROVAB e o Programa Mais Médicos. O primeiro nos parece de fato sensibilizar o egresso das Escolas Médicas à atuação como Médico de Família, ao oferecer a especialização nesta área e simultaneamente oferecer o exercício desta especialidade na AB. Já o segundo, ao defender ações que propõe desde a reordenação da oferta de cursos de medicina e vagas para residência médica -além do aperfeiçoamento de médicos na AB e da promoção de intercâmbio internacional- poderá ajudar na maior oferta de médicos e na fixação destes profissionais neste cenário. Estas estratégias amparadas por transformações curriculares potencialmente mais integralizadoras nos pareceram realmente aproximar os egressos da Escola Médica e mesmo médicos a atuarem (ainda que temporariamente) na Atenção Básica (MS, 2011; Portal da Saúde, 2013; Lei 12.871, 2013).

Estudos internacionais parecem evidenciar situações semelhantes às condições aqui apontadas a respeito das influências que permeiam a trajetória profissional do estudante de medicina no Brasil. Horn *et al* (2008) ao verificarem a existência de desequilíbrios na escolha de especialidades de medicina interna no Canadá resolveram estudar os fatores que motivariam cerca de 110 residentes de 10 diferentes Universidades a respeito da escolha de suas especialidades utilizando pesquisa na Web e discussões em grupo. Observaram que o estilo de vida, modelos, e experiência do residente com a especialidade parecem ser igualmente importantes na tomada de decisões de sua carreira. Verificaram ainda que os homens são mais propensos a escolher especialidades baseadas em procedimentos além de estarem mais preocupados com a reputação da especialidade, bem como a disponibilidade do salário antecipado. Por outro lado aqueles residentes que escolhem especialidades não baseadas em procedimentos estão mais preocupados com questões relacionadas ao estilo de vida, incluindo aí a possibilidade de obter menos stress e tempo relacionado com o trabalho e mais horas para o lazer. Este estudo sugeriu que os residentes de medicina interna, particularmente aqueles do sexo masculino, estão cada vez mais escolhendo especialidades baseadas em procedimento enquanto

especialidades não baseadas em procedimento, em especial, medicina interna, estão perdendo o apelo. Desta forma sugerem estratégias para garantir experiências positivas a estes residentes a partir da rotatividade, além da exposição a modelos de comportamento, estilo de vida e satisfação no trabalho nas diversas áreas médicas. Apontam ainda sobre a necessidade da determinação e regularização de prazos de pagamento de forma equitativa entre estas áreas a fim de atrai-los para a escolha de carreiras menos populares. Portanto, no caso brasileiro, a criação de Programas que estimulem o contato e a criação de vínculos e uma possível criação de identidade com a AB parecem se legitimar como recursos coerentes à aproximação e atuação de discentes e médicos junto a este cenário.

Já na Austrália segundo Bunker *et al* (2009), em um estudo realizado a partir de revisão na literatura além de entrevistas com estudantes de medicina, foi verificado que a maioria destes estudantes se formariam sem a escolha de uma especialidade definida. Esta decisão seria tomada de forma mais frequente ao iniciarem sua pós-graduação. Para a opção de médico generalista haveria a influência de diversas condições relacionadas ao perfil da Escola Médica, tais como: currículo adotado, localização geográfica e o tempo de exposição à prática médica na graduação enquanto generalista. Estes autores perceberam ainda que alunos provenientes de áreas rurais tinham mais chance de retornar à sua região de origem exercendo cuidados na Atenção Primária. Tal fato pode apontar para o incentivo de estratégias à entrada de estudantes provenientes de áreas mais remotas nas Escolas Médicas, como de fato vem sendo defendido pelo Programa brasileiro Mais Médicos (Presidência da república, 2013).

Outra dimensão que mereceu destaque foi aquela referente à análise do atual Sistema Público de Saúde do Brasil e em particular de sua Atenção Básica em relação ao cenário mundial. Ao procedermos a elaboração de uma análise comparativa com quatro países -Canadá, Cuba, Espanha e EUA- a respeito de seus modelos de Atenção Primária à Saúde e da implementação da Saúde da Família em relação ao Brasil, percebemos que a forma, organização, condições de acesso e financiamento do sistema de saúde brasileiro –SUS-, apesar de seu avançado arcabouço jurídico, ainda encontra-se com um baixíssimo financiamento, principalmente quando comparado àqueles países, colocando assim em risco a eficiência de um modelo de saúde contextualizado como direito de cidadania (Andrade *et al*, 2004; Paim *et al*, 2011; Pustai, 2004).



Neste caso a porcentagem do gasto (brasileiro) em saúde relativa ao gasto total do governo alcança 5,4% e US\$ 837,00 per capita, valor bem abaixo dos, 18,1% e US\$3.900,00 verificados respectivamente no Canada, 19,5% e US\$ 7.285,00 nos EUA, 15,6% e US\$ 2.671,00 na Espanha e 14,1% e US\$ 917,00 em Cuba; países considerados neste estudo e ainda da respectiva média mundial de 15,4% e US\$ 869,00 (OMS, 2010).

Diante desta condição podemos citar o estudo de Tazio *et al* (2009) ao argumentarem que o estudo da avaliação econômica em saúde se mostra um importante instrumento de ajuda para a tomada de decisões ao conciliar as necessidades de saúde da população e o seu possível custeio. Tais avaliações são especificamente importantes em países em desenvolvimento, que possuem recursos escassos e maiores necessidades em saúde, como no caso do Brasil. Para o caso brasileiro será necessário um aumento da produção acadêmica no campo da avaliação econômica em saúde envolvendo múltiplas áreas de conhecimento de forma a amenizar o impacto deste baixo financiamento.

Em relação a este aspecto, Dalaba *et al* (2013) realizaram um estudo em doze centros de saúde governamentais de Gana, onde há um elevado coeficiente de mortalidade infantil (328/100.000 mortes em relação aos nascidos vivos quando a média mundial é de 202/100.000). Verificaram aí elevados custos unitários com subutilização de serviços evidenciando assim um baixo custo-efetividade nas intervenções de cuidados maternos e neonatais. Desta forma apontaram que a análise criteriosa da alocação e maximização de recursos em relação à oferta de serviços se torna essencial. Portanto, a título de exemplo para o caso do Brasil, além da necessidade de um maior financiamento nesta área, é fundamental que se considere a viabilidade do uso destes recursos e de suas necessidades de saúde.

Por outro lado, o avanço da implementação da Estratégia de Saúde da Família -ESF- brasileira, que se encontra em consonância e na direção de modelos bem sucedidos aos países apontados no estudo acima (Cuba, Espanha, Canada e EUA), pode também ser potencializado se houver a melhoria desta provisão fiscal e do estudo da alocação de seus recursos. Estes aspectos endossam a importância da ESF, que ao funcionar como porta de entrada principal do sistema de saúde, possui a condição de se apresentar como um cenário dos mais adequados para a vivência destes estudantes (Starfield, 2002; Oliveira, 2007).

Desta forma resolvemos então analisar, de forma mais extensa e aprofundada, a percepção de (237) estudantes de quatro Escolas Médicas a respeito de sua vivência na Atenção Básica. Verificamos que a necessidade de melhoria da condição de preceptoria neste cenário foi considerada como o aspecto mais importante, seja pela dimensão da assistência (trabalho) oferecida aos usuários do sistema de saúde (comunidade), seja pela dimensão da formação (ensino) dos estudantes sob sua responsabilidade. Percebemos então o quanto era necessário a pesquisa e utilização de recursos (estratégias) adequado(a)s à esta finalidade sob o risco da perda do significado potencial que a inserção em novos cenários poderia oferecer. De fato notamos que a inadequada capacitação do preceptor, pode contribuir como uma das justificativas para a falta de “aproximação e identidade” dos graduandos de medicina com a AB; ou ainda enquanto (futuro) profissional, afastá-lo definitivamente da sua atuação neste cenário (Nogueira, 2009).

Em relação a este aspecto Sotolongo *et al* (2005) abordaram habilidades que os médicos de família cubanos deveriam ter para uma gestão pedagógica de maior qualidade enquanto tutores de uma Faculdade de Medicina. Entre as recomendações verificadas neste estudo apontaram o domínio da tecnologia de informação e comunicação na gestão de ensino até o desenvolvimento do trabalho em equipe e de uma formação humanista e ética entre outros, embora não façam referência à forma como estes aspectos possam ser alcançados.

Em outro estudo relacionado à preceptoria, Ruiz *et al* (2010, p. 21) analisaram a percepção de acadêmicos, a partir da aplicação de questionários, sobre a implantação, em 2004, de um novo currículono curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria –RS- com a adoção do Internato Rural na atenção primária em saúde. Apesar dos alunos terem referido que houve “um maior conhecimento da realidade social e profissional além do aperfeiçoamento da relação médico-paciente e do desenvolvimento de autoconfiança no exercício da profissão”, ressaltaram que havia despreparo dos médicos-preceptores para atuarem como docentes. Segundo os autores, a insatisfação com estes profissionais foi justificada pelo fato destes não serem docentes. Por outro lado a unidade de saúde não se apresentava como um espaço adequado ao ensino devido à ausência de salas, tanto para atendimento, o que asseguraria uma melhor relação aluno-paciente, como para realização de seminários e discussões. Nota-se, portanto que o exercício da preceptoria adequada pressupõe como

referido por Ruiz *et al* (2010, p. 26) a “integração escola-comunidade-SUS que funcionaria como um meio de aproximar a formação do médico das realidades de saúde e do trabalho”. Nesta lógica questionam: “se 70% dos médicos no Brasil mantêm atividade no setor público, por que não oferecer aos futuros egressos cenários de aprendizagem e de prática condizentes?”. Trata-se, portanto de um questionamento, como já apontado em nossos resultados, bastante coerente à importância que o papel da AB pode exercer e um sinal mínimo de consideração e respeito à preceptoria e ao ensino-aprendizagem que pode ser aí realizado.

Por outro lado não poderíamos ter deixado de analisar a percepção dos preceptores atuantes na Atenção Básica. Verificamos em um estudo com 32 preceptores de três Escolas Médicas, que estes referem uma constante preocupação com a sua qualificação. No entanto há uma grande diversidade de percepções e abordagens para a capacitação (ideal) do exercício da preceptoria na área da saúde e mais especificamente nos cenários de prática da AB ou da UBSF.

Em relação a este aspecto, Toassi *et al* (2013 p.385) analisaram o papel do ensino nos serviços de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação do cirurgião-dentista em uma universidade pública no sul do Brasil. Em uma abordagem metodológica qualitativa (estudo de caso), realizaram entrevistas com 12 estudantes de Odontologia, seis preceptores cirurgiões-dentistas com atuação nos serviços públicos de atenção primária e três professores vinculados ao estágio curricular. Os resultados apontaram que apesar do estágio curricular nos serviços de atenção primária do SUS impactar na formação do cirurgião-dentista, seja pelo desenvolvimento de competências culturais, estabelecimento de vínculos e autonomia na resolução de problemas, haveria a “necessidade da problematização permanente sobre as práticas e que se assegurasse infraestrutura e profissionais qualificados para o ensino nos serviços”.

Portanto, em referência a preocupação sobre as formas de melhorar a qualificação destes preceptores citamos como exemplo o estudo de Barreto *et al* (2013) que apresentaram uma orientação teórica e prática aos preceptores da atenção primária à saúde vinculados à Universidade Federal de Pernambuco – UFPE-. Estes autores, a partir da criação de um Termo de referência criado nesta Instituição -justificado então pela presença de concepções diferentes para a atuação da preceptoria- elaboraram um “Manual de Preceptoria do curso de

Medicina da UFPE” que acabou por ser adotado pelo programa de residência. Segundo seus autores as diretrizes que foram descritas poderiam auxiliar no desenvolvimento da preceptoria e de um ensino em serviço compatível com as necessidades de saúde apresentadas pela população na APS.

Por outro lado, na Alemanha, May *et al* (2012, p.1) analisaram a partir da aplicação de questionários à 523 médicos de família, os motivos que o levariam a atuar na área de educação médica enquanto preceptores. Argumentos como a necessidade de “compartilhar o conhecimento”; “ajudar os outros” e “interesse” além da “ambição para trabalhar como preceptor médico” foram citados por esses profissionais. Além disto, a questão da compensação financeira pela atividade exercida não foi priorizada havendo, entretanto comentários a respeito da necessidade de maior disponibilidade de tempo para uma preceptoria mais adequada. Este fato que é bastante semelhante aos aspectos apontados em nossos estudos, No entanto chama atenção a predominância de um discurso idealista como fator motivacional para a realização da preceptoria por esses médicos. Esta condição pode apontar para um maior planejamento e prestígio do exercício desta especialidade naquele país, ao contrário daquilo que foi verificado em nossa análise sobre o preceptor.

Sendo assim constatamos que seria necessário um estudo aprofundado, que procurasse contribuições e a adequação dessa preceptoria o mais próxima das reais necessidades sociais brasileiras e de seu ensino nas Escolas Médicas (Nogueira, 2009; Rodrigues, 2012).

Assim naturalmente surgiu o nosso ultimo estudo com a utilização de novas estratégias de ensino-aprendizagem para uma possível melhoria das práticas em saúde nestes cenários, sendo sugerido o uso do portal *Saúde baseada em Evidências* do Ministério da Saúde; *Biblioteca Virtual em Saúde –BVS-*; *PubMed*; biblioteca digital *Evolution* da Editora Elsevier e ainda recursos da Telemedicina e da *Telessaúde do Projeto Nacional de Telessaúde*. Estes recursos não escolhidos ao acaso, mas, sobretudo pela acessibilidade, gratuidade e pela dimensão de seu investimento por órgãos governamentais brasileiros, se mostraram eficientes instrumentos para o contato com a contemporânea saúde baseada em evidências, conhecimento este considerado essencial na formação do senso crítico do médico em formação (Greenhalgh, 2008; Uchôa, 2010).

Percebemos após a realização de diversas oficinas com a utilização destas ferramentas que houve uma melhora significativa em relação aos aspectos

cognitivos do preceptor e dos discentes na discussão de temáticas clínicas do cotidiano de uma UBSF. Entretanto não obtivemos –e nem tampouco seria esta nossa pretensão- um modelo para a capacitação ideal do preceptor que atua na Atenção Básica, senão, propor o uso de ferramentas que nos parecem, de fato muito interessantes para sua função cognitiva e que podem facilitar e ajudar este profissional em sua tarefa diária na UBSF. Percebemos o quanto é complexo a boa capacitação do preceptor uma vez que há inúmeros fatores que permeiam o universo de trabalho de uma equipe –e do médico de família- de uma UBSF.

O estudo de Trajman *et al* (2009) é exemplar neste sentido. Ao avaliarem a percepção de 351 profissionais de saúde da Rede Básica de Saúde da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro sobre a atividade de preceptoria, verificaram que há pouca valorização e estímulo desta atividade, justificadas tanto pelas condições de trabalho e ensino, como também pela necessidade de melhoria dos salários, da infraestrutura e da oportunidade de capacitação profissional. Segundo os autores, estes profissionais responsabilizaram as Instituições de Ensino Superior e o Estado que deveriam realizar parcerias efetivas para melhoria desta situação.

Alguns estudos podem então nos ajudar a refletir sobre estratégias que possam oferecer uma melhor capacitação tanto para estudantes de medicina, como para médicos.

Sánchez-Mendiola *et al* (2012) verificaram que o treinamento formal de 289 estudantes do 5º ano de medicina, em Medicina Baseada em Evidências –MBE- em uma Escola Médica Pública no México, produziu maiores escores em atitudes, conhecimentos e habilidades quando em comparação com um grupo controle randomizado; embora afirmem que seja necessário um acompanhamento rigoroso para documentar de fato se há a retenção de habilidades pela MBE.

Sotolongo *et al* (2005) verificaram em médicos de família cubanos deficiências na gestão pedagógica justificadas não só pela falta de sua formação como especialistas para a AB, como também por causas multifatoriais, como aquelas exigidas pelo duplo papel do ensino e cuidado.

Gongora-Ortega *et al* (2012) estudaram o impacto relativo de duas estratégias de ensino, leitura crítica (critical reading) e aprendizagem baseada em problemas (Problem Based Learning) sobre a competência clínica dos médicos de clínica geral em um Instituto de Saúde do Estado de “Aguascalientes” no México, local caracterizado pela carga de trabalho excessiva (de forma semelhante a muitas UBSFs brasileiras) e fragmentação em pequenos centros de saúde

primários. Verificaram então melhorias significativas em três dimensões: cognitivas, comportamentais e afetivas a partir da utilização da aprendizagem baseada em problemas.

Se por um lado estes estudos sinalizam para a busca do aperfeiçoamento da formação médica, além da melhoria do exercício da atuação destes futuros profissionais; há países como a Índia que ainda enfrentam vários problemas nesta área. Supe *et al* (2006) referem que apesar deste país contar com um dos maiores sistemas de educação médica do mundo e com a produção de vários médicos que emigram para os Estados Unidos e Reino Unido, ainda não houve na educação médica indiana uma reforma curricular que atendesse às necessidades de suas comunidades; reforma esta que já é discutida há mais de trinta anos. Além destes aspectos há falta de supervisão e avaliação mínima por docentes qualificados, sendo que a maior parte do tempo vivenciado no quinto ano é utilizada para a preparação e estudo para as provas de residência médica em detrimento do aprimoramento e do exercício da prática profissional que deveria ser aí estimulado, situação muitas vezes semelhante ao internato médico brasileiro (Milan, 2012). Por outro lado a preocupação recorrente na qualidade dos atos médicos por nações como os EUA e o Reino Unido é evidente. Estratégias para apoiar a melhoria do ato médico, incluindo novas abordagens regulatórias a partir de mandatos para medição de qualidade, além de relatórios públicos em Instituições prestadoras de serviços médicos e da oferta de programas e treinamentos específicos estão em constante renovação (Casse *et al*, 2006).

Já em consideração à capacitação para a saúde de médicos e estudantes a partir de uma dimensão globalizada, Batta *et al* (2010) referem que estes profissionais são cada vez mais confrontados com desafios que requerem uma compreensão ampla, que inclua desde o estudo das disparidades de saúde entre países. Apontam ainda para a necessidade da obtenção de conhecimentos de cuidados primários dentro de diversos contextos culturais, e da aquisição de habilidades para melhor interface com diferentes populações, culturas e sistemas de saúde. Por outro lado argumentam que não haveria consenso sobre a definição de quais seriam as competências globais ideais.

Neste contexto podemos refletir que o Programa Mais Médicos ao propor o intercâmbio internacional, pode favorecer a criação de um enfrentamento aos desafios das demandas de saúde da maior parte da população brasileira,

baseado na pluralidade étnica e cultural de outras Escolas Médicas estrangeiras; o que de certa forma pode facilitar a criação de estratégias inovadoras e diferenciadas (Presidência da república, 2013).

Outro aspecto interessante seria a discussão sobre a possibilidade do uso de metodologias ativas de ensino aprendizagem pelas Escolas Médicas na Atenção Básica. Embora o uso, por exemplo, do “Problem Based Learning” esteja mais restrito às salas de tutoria como no caso do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO - escola médica abordada neste estudo-, torna-se válido discutir a problematização como uma metodologia mais apropriada a este cenário, uma vez que a interlocução permanente com a comunidade adscrita acaba por incorporar as mais diversas situações passíveis de problematização, tornado-se enfim um verdadeiro cenário vivo (Kilroy, 2004; Bittencourt-Costa *et al*, 2011; Gomes, 2011; Toassi *et al*, 2013; UNIFESO, 2013).

Neste sentido foi interessante observar o estudo de Li *et al* (2013) em Changsha, China, na área de dermatologia a respeito da aprendizagem com 120 estudantes selecionados por randomização. Foram estudados grupos de estudantes sob o impacto do PBL com pacientes reais (RPBL ou real-patients PBL); sob o uso do PBL digitalizado (DPBL ou digital PBL, ou seja, casos estudados pelo PBL em forma digital) e ainda aqueles sob uso do PBL em “papel” (PPBL ou paper PBL, ou seja, casos estudados convencionalmente através de leituras didáticas). Posteriormente a partir da aplicação de provas objetivas, escritas e de exames clínicos procedeu-se a verificação do escore obtido para cada grupo. Foi verificado que todos os participantes sob RPBL obtiveram melhores resultados nas provas seguidos então pelo grupo do PPBL. Já o DPBL apesar do menor escore, obteve um melhor desempenho global.

Esta condição parece sinalizar para a importância da valorização de cenários vivos (aqueles com pacientes e problemas reais) como efetivos locais de ensino-aprendizagem em tempo real, do que tentar implantar o PBL (a partir de situações problemas) no cenário da AB. Este aspecto tem assumido maior importância, na medida em que, das atuais 216 Escolas Médicas brasileiras, cerca de 50 já afirmam ter como metodologia de ensino a utilização do PBL em seus currículos, enquanto 110 seguiriam a linha tradicional, além das outras Escolas restantes que não informaram a metodologia de ensino utilizada (Kilroy, 2004; Bittencourt-Costa, 2011 *et al*; Gomes, 2011; UNIFESO, 2013; Escolas Médicas do Brasil, 2014).

Vale ainda citar o estudo de Lewis *et al* (2009). Estes autores realizaram uma investigação com 280 alunos cujo objetivo foi verificar se haveria diferenças em estressores (elementos suscitadores de stress ou tensão) relacionados ao curso de medicina com PBL em relação àquelas com programas não PBL no Reino Unido. Em comparação com os alunos não- PBL (n = 197), os alunos PBL (n = 83) foram significativamente mais propensos a concordar que não sabiam o que a faculdade esperaria deles. Além disso, alegaram que houve muitas sessões de pequenos grupos facilitados apenas por estudantes, resultando em um currículo pouco claro e com falta de oportunidade para explorar assuntos acadêmicos de interesse. Os alunos PBL ainda eram significativamente mais propensos a referir que houve uma falta de incentivo dos professores e de que o curso de medicina promoveu uma sensação de anonimato e sentimentos de isolamento entre os estudantes. Portanto, esses elementos referidos pelos alunos PBL apontaram para um maior nível de estressores para este curso de medicina.

Esta experiência parece sinalizar para a importância de haver discussões e pesquisas sistemáticas entre as experiências das Escolas médicas a nível nacional e internacional com o intuito de aperfeiçoar esta metodologia de ensino e principalmente, de modo a esta se legitimar como uma aprendizagem significativa (Gomes *et al*, 2011).

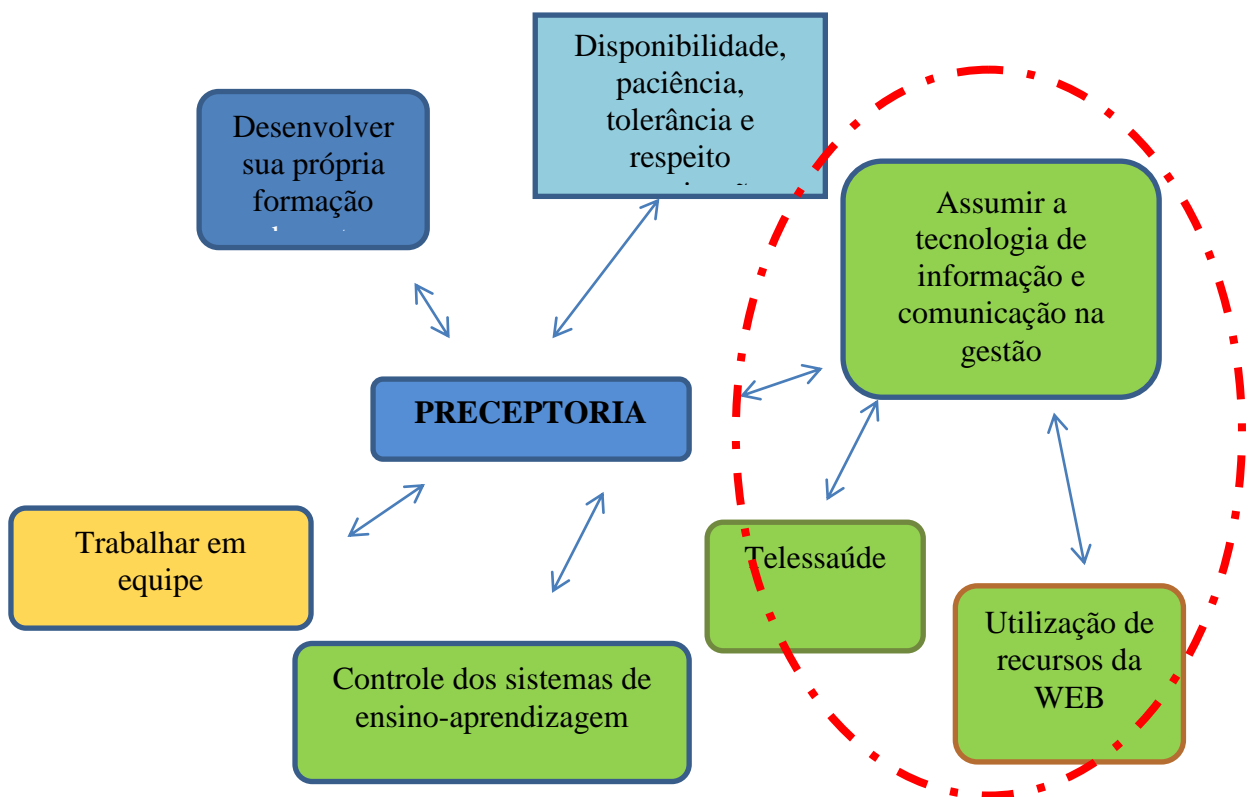
Este último aspecto se torna relevante ao contextualizarmos a discussão sobre a necessária realização (ou não) do Exame de Qualificação para a avaliação do grau de conhecimento adquirido pelos egressos dos Cursos de medicina. Este exame já vem sendo efetuado de forma obrigatória há dois anos pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo -CREMESP – para aqueles profissionais que desejem obter o registro neste conselho, embora esta obtenção não dependa do desempenho ou da aprovação neste exame. Verificou-se no exame de 2013 que cerca de 60% dos candidatos foram reprovados (não alcançaram o mínimo de 60% de acertos em uma prova cognitiva de múltipla escolha), sendo a maioria destes, oriundos de Escolas privadas (70%). Segundo este Conselho, tal resultado demonstraria o quanto estes egressos estariam despreparados como também sinalizariam para a necessária avaliação de médicos estrangeiros, uma vez que este exame é muito semelhante ao REVALIDA-. A ABEM, por outro lado, se posiciona contra a realização do exame de qualificação, uma vez que poderá retirar das Escolas Médicas a responsabilidade desta avaliação. Além deste aspecto, a ABEM acredita que



poderia haver mecanismos mais eficientes de avaliação destes estudantes, citando desde o acompanhamento da implantação das DCNs nas Escolas Médicas até a colaboração no aperfeiçoamento de avaliações formativas para a esfera cognitiva, atitudinal e de habilidades durante a própria graduação (ABEM, 2005; CREMESP, 2014; INEP, 2014).

Ao final desta discussão propomos o Diagrama a seguir que sintetizaria as principais características e funções que o preceptor deveria idealmente exercer para a melhoria do ensino-aprendizagem na Atenção Básica.

#### DIAGRAMA PARA CAPACITAÇÃO DO PRECEPTOR E MELHORIA DO ENSINO APRENDIZAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA



#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, a partir dos aspectos apontados nos estudos realizados e da discussão sobre a pluralidade de dimensões que permeiam a (boa) capacitação de discentes e docentes das Escolas Médicas concluímos que, a Atenção Básica é essencial à formação e à atuação médica dada a dimensão de sua responsabilidade social, principalmente em um país que ainda apresenta uma importante iniquidade econômica e social como o Brasil.

A realização e análise de pesquisas relacionadas à utilização de estratégias de ensino-aprendizagem neste cenário podem ser consideradas praticamente inesgotáveis.

Os estudos que foram aqui apresentados possibilitaram reflexões para a valorização tão necessária – embora ainda desconsiderada- do papel desempenhado pela Atenção Básica na formação do estudante de medicina.

Assim entendemos que os programas governamentais que vêm sendo aplicados tanto na área de formação do médico, quanto aqueles mais voltados aos egressos destas Escolas, guardam uma mesma coerência: sensibilizar estes estudantes e futuros profissionais médicos à realidade e demandas das comunidades mais pobres.

No entanto não basta só sensibiliza-los.

É preciso a atuação de médicos nestes locais.

Para isto é preciso suscitar alguma voluntariedade e principalmente o idealismo nestes estudantes e nos próprios médicos que aí poderão atuar sob o risco do desinteresse, da pouca efetividade de intervenções locais ou ainda o pior: a desistência de sua atuação local.

É desta forma que o estudo, a elaboração e a análise de estratégias de ensino-aprendizagem no cenário da AB podem assumir um papel fundamental, pois as complexas dimensões sociais, culturais e mercadológicas que afastam estudantes e profissionais à atuação neste cenário são muito bem consolidadas. Verificamos que esta aproximação perpassa por um ardiloso caminho. Se o uso de recursos digitais e de tecnologias eletrônicas contribuírem de fato para o aumento do conhecimento e do interesse por temáticas clínicas que percorrem as Unidades Básicas de Saúde sistematicamente, talvez tenhamos atingido alguns dos muitos objetivos que as DCNs e os próprios programas governamentais almejam para as Escolas Médicas: sensibilizar e capacitar seus egressos às necessidades da saúde brasileira.

## REFERÊNCIAS –INTRODUÇÃO, DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS-

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica - **Diretrizes para o ensino** na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina (SBMFC e Abem) 2009. Disponível em: [http://www.abem-educmed.org.br/pdf/atencao\\_primaria\\_caderno\\_05.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf/atencao_primaria_caderno_05.pdf) Acesso em: 10/01/13.

ABEM -Associação Brasileira de Educação Médica- A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a proposta de instituição de um **Exame de Habilitação** para o Exercício da Medicina no Brasil, 2005 Disponível em: [http://www.abem-educmed.org.br/posicionamento\\_abem/posicao\\_exame\\_habilitacao.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/posicionamento_abem/posicao_exame_habilitacao.pdf) Acesso em: 02/01/2014.

ALBUQUERQUE, C. P. de - **Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS**: desafios da formação médica com a perspectiva de integralidade: narrativas e tessituras - Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de doutor em Saúde Coletiva – área de concentração em Planejamento e Políticas Públicas do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro; s.n.; 2007. 291 p. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-494990> Acesso em Março de 2013.

ALMEIDA, M.J. **Educação Médica e Saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: UEL, Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

ANDRADE LOM, BARRETO ICHC, FONSECA CD, HARZHEIM E. **A Estratégia de Saúde da Família**. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.88.

BARRETO ET AL Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco : um termo de referência **Rev. bras. educ. med.** v.35 n.4 Rio de Janeiro out./dez. 2011.

BATTAT R. ET AL. Global health competencies and approaches in medical education: a literature review **BMC Medical Education** v.10 n.94 2010. Disponível em:<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/10/94> Acesso em: 05/01/2014.

BERBEL N. A Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas. Interface — **Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n.2, p.139-154, 1998.

BITTENCOURT-COSTA JR ET AL. Active teaching-learning methodologies: medical students' views of problem-based learning. **Rev Bras Educ Méd.**v.35 n.1,p.13-19; 2011.

BLASCO P. G ET AL. Family Medicine Education in Brazil: Challenges, Opportunities, and Innovations. **Academic Medicine**, vol. 83, n. 7, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº. 4, de 7 de novembro de 2001.

Institui **Diretrizes Curriculares** Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

BUNKER J.; SHADBOLT N. Choosing general practice as a career The influences of education and training **Australian Family Physician** Vol. 38, No. 5, May 2009.

CABRAL FILHO WR, RIBEIRO VMB. A escolha precoce da especialidade pelo estudante de medicina: um desafio para a Educação Médica **Rev.bras. educ. méd**; v.28; n.2; p.133-144; 2004.

CAMPOS G.W.S. **Papel da Rede de Atenção Básica** em Saúde na Formação Médica - Diretrizes. Documento preliminar – abril de 2005. Disponível em [http://www.abem-educmed.org.br/pdf/doc\\_prof\\_gastao.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf/doc_prof_gastao.pdf). Acesso em 10 de Janeiro de 2012.

CASSEL ET AL Physicians' assessment and competence: USA and UK **The lancet.com** v. 368 November 4, 2006.

CECCIM R., FEUERWERKER LCM. O quadrilátero da formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS** v.14 n.1, p.41-65, 2004.

CFM Conselho Federal de Medicina - **O Governo e os “médicos” estrangeiros:** não se faz boa saúde com falácias Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23812:o-governo-e-os-medicos-estrangeiros-nao-se-faz-boa-saudecomfalacias](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23812:o-governo-e-os-medicos-estrangeiros-nao-se-faz-boa-saudecomfalacias) &catid=46:artigos&Itemid=18 Acesso em: 08/06/2013 (a)

CFM Conselho Federal de Medicina Demografia médica no Brasil: **Dados sugerem insuficiência de médicos** para atender todo o Sistema Único de Saúde Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23570%3Adados-sugerem-a-falta-de-medicos-para-atender-todo-o-sistema-unico-de-saude&catid=3Demografia](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23570%3Adados-sugerem-a-falta-de-medicos-para-atender-todo-o-sistema-unico-de-saude&catid=3Demografia) Acesso em 05/11/2013(b)

CFM Conselho Federal de Medicina - **Médicos estrangeiros**-Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?searchword=medicos+estrangeiros&ordering=&searchphrase=all&Itemid=1&option=com\\_search](http://portal.cfm.org.br/index.php?searchword=medicos+estrangeiros&ordering=&searchphrase=all&Itemid=1&option=com_search) Acesso em: 08/06/2013 (c)

CFM Conselho Federal de Medicina -**Importação médicos**- Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?searchword=importa%C3%A7%C3%A3o+medicos&ordering=&searchphrase=all&Itemid=1&option=com\\_search](http://portal.cfm.org.br/index.php?searchword=importa%C3%A7%C3%A3o+medicos&ordering=&searchphrase=all&Itemid=1&option=com_search) Acesso em: 08/06/2013 (d)

CFM Conselho Federal de Medicina - **Proposta do Conselho Federal de Medicina (CFM)** para Solução emergencial de cobertura assistencial em saúde em Áreas de difícil provimento Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/anexos%20-%20proposta%20cfm.pdf> Acesso em 10/06/2013 (e)

CFM Conselho Federal de Medicina – **Jornal Medicina vol. 209** Junho 2012 p.3 Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/JornalMedicina/2012/jornal209.pdf>. Acesso em 10 janeiro 2013 (e)

CNES - **Cadastro Nacional** de Estabelecimentos de Saúde - Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11674&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/profid> Acesso em: 05/11/2013

CIUFFO, R. S.; RIBEIRO, V. M. B.. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface (Botucatu)**, vol.12, n.24, pp. 125-140; 2008.

CONSELHO NACIONAL EM SAÚDE - **Norma Operacional nº 001/2013** - Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/arquivos/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf) Acesso em 02/2013.

COSTA J.R.B Análise da atuação das equipes do Programa de Saúde da Família no município de Teresópolis após a mudança curricular do curso de Medicina da Fundação Educacional Serra dos Órgãos, com a inserção precoce dos alunos: impressão dos médicos e enfermeiros. In: Moço ETSM, Falcão HBPT, Miranda JFA. **Reflexões sobre as Mudanças Curriculares na Área de Saúde: Ativando Processos**. Rio de Janeiro: Publit, p. 35-53; 2007.

COSTA J.R.B **Aprendizagem em unidades básicas de saúde da família e Metodologias Ativas: o olhar do estudante de medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos** 2009. 154 f. Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

COTTA RMM, GOMES A.P., MAIA T.M., MAGALHÃES K.A., MARQUES E.S., SIQUEIRA-BATISTA R. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Rev Bras Edu Med** v.31 n.3 p.278-286, 2007.

CREMESP Conselho Regional de Medicina de São Paulo -Exame do CREMESP- **Resultados mostram que o índice de reprovação** chega a quase 60% dos recém-formados em Medicina no Estado Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=3122> Acesso em: 05/01/2014.

DALABA M. A. ET AL Cost of maternal health services in selected primary care centres in Ghana: a step down allocation approach **BMC Health Serv Res.**; v.13, n.287; 2013 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3728079/?tool=pubmed> Acesso em: 07/01/2014.

DEMARZO et al (Org) Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina **Rev Bras Med Família e Comunidade**, v.6 n.19 p. 145-50, 2011.

DOU Diário Oficial da União **Medida Provisória nº 621**, de 8 de julho de 2013 Edição nº 130 Brasília; 9 de Julho de 2013 Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=09/07/2013&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=128> Acesso em: 20/07/2013.

DOU Seção 1 nº 53 18/03/11 Portaria nº 278, de 17 de Março de 2011 Ministério da Educação Gabinete do Ministro **Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos** Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=12&data=18/03/2011> Acesso em: 08/06/2013.

ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL. **Estatísticas e Métodos**. Disponível em: [www.escolasmedicas.com.br](http://www.escolasmedicas.com.br) Acesso em 20/01/2014.

FAGUNDES N. C.; Burnham T. F. - Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde - **Interface (Botucatu)** Botucatu, v.9 n.16, set./fev. 2005.

FERREIRA, F.R. Algumas considerações acerca da medicina estética. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.15, n.1, p.67-76, Jan 2010.

FERREIRA R.C., SILVA R.F., AGNER C.B. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem da Atenção Básica de Saúde. **Rev Bras de Educ Méd.**; v31, n.1, p. 52-59, 2007.

FEUERWERKER L.C.M. **Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: Processos e Resultados**. São Paulo: Hucitec; 2002.

FIOCRUZ -FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ- Caderno do Especializando./ Programa de Educação a Distância – EAD/ENSP/FIOCRUZ. **Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança** na Formação Superior de Profissionais de Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília/Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde: FIOCRUZ, 2005.

FLEURI R.M. **Formação de profissionais da saúde** Reflexões a partir de vivências estudantis In VASCONCELOS E.M., FROTA L.H., SIMON E. Perplexidade na Universidade vivências nos cursos de saúde p. 231-264 São Paulo: Hucitec; 2006.

FIORE MLM, YAZIGI L. Especialidades Médicas: Estudo Psicossocial **Psicologia: Reflexão e Crítica**; v.18; n.2 p.200-206; 2005.

FORNAN A. ET AL Learning Social Medicine in the Bronx: An Orientation for Primary Care Residents **Teaching and Learning in Medicine: An International Journal** v.23, n.1, 2011.

FURG - Pró-reitora de Graduação da Universidade Federal do Rio Grande - **Exame Nacional de Revalidação** de Diplomas Médicos- Disponível em: [http://www.prograd.furg.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=51&Itemid=54](http://www.prograd.furg.br/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=54) Acesso em: 08/06/2013.

GIL C.R.R. ET AL. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Rev. Bras de Educ Méd**; v.32, n.2, p. 230-239, 2008.

GONZÁLEZ A.D.; ALMEIDA M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares v.20 n.2, **Physis**, Rio de Janeiro, 2010.

GOMES A. P. **(Trans)Formação da Educação Médica:** É possível mudar o perfil do egresso com base em modificações no método de ensino aprendizagem Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de doutor à Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

GOMES A. P. ET AL A Educação Médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida **Rev. bras. educ. med.** v.32 n.1 Rio de Janeiro jan./mar. 2008.

GONGORA-ORTEGA J. ET AL Educational interventions to improve the effectiveness in clinical competence of general practitioners: problem-based versus critical reading-based learning **BMC Medical Education**; 12: 53 23 pags2012 Disponível em:[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC\\_3814588/?tool=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC_3814588/?tool=pubmed) Acesso em 02/01/2014.

GUSSO G, MARINS JJN, DEMARZO MMP, BELACIANO MI, ALMEIDA RCC, STEIN AT, ET AL, ORGS. **Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina (SBMFC e Abem).** [Captado em 27 de abril de 2012]. Disponível em: [http://www.abem.edu.br/pdf/atencao\\_primaria\\_caderno05.pdf](http://www.abem.edu.br/pdf/atencao_primaria_caderno05.pdf).

HORN L. ET AL Factors associated with the subspecialty choices of internal medicine residents in Canada **BMC Med Educ.**v.8 n.37; 2008.

IBGE **Estatísticas da Saúde Assistência Médico-Sanitária 2005** – Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/ams2005.pdf> Acesso em: 01/11/2013.

IBGE **Censo 2010** Disponível em [http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados\\_do\\_censo2010.ph](http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.ph) Acesso em: 02/11/2013.

INEP -Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira-Revalida - **Revalidação de Diploma Médico** Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/revalida> Acesso em: 04/01/2014.

IPEA **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada** Perspectivas profissionais: nível técnico e superior Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/radar/130704\\_radar\\_27\\_perspectivas\\_profissionais.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/radar/130704_radar_27_perspectivas_profissionais.pdf) Acesso em: 20/01/2014.

KILROY A. D. Problem based learning **Emerg Med J** v21 p.411–413. 2004 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1726366/pdf/v021p00411.pdf> Acesso em: 02/01/2014.

KOIFMAN L, SAIPPA-OLIVEIRA G. **As práticas de avaliação da formação e do cuidado orientadas pela integralidade: uma aproximação necessária** In: Pinheiro, R, Mattos RA. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC – ABRASCO; p. 245-260, 2006.

KOMATSU R.S., ZANOLLI M.B., LIMA V.V. Aprendizagem Baseada em Problemas. In: Marcondes E, Gonçalves EL (Eds.). **Educação Médica**. São Paulo: Savier, 1998.

KOMATSU R.S et cols, Aprendizagem Baseada em Problemas. **Revista de Atenção Primária**. 34(6): 81-93, Rio de Janeiro, Nov. /Dez. 2000.

LAMPERT J.B. **Tendências de Mudança na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec/ABEM; 2002.

LEWIS A. D. ET AL A comparison of course-related stressors in undergraduate problem-based learning (PBL) versus non-PBL medical programmes **BMC Med Educ**.v.9; n.60; 2009 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2759915/?tool=pubmed> Acesso em 10/02/2014.

LI J. ET AL Comparison of three problem-based learning conditions (real patients, digital and paper) with lecture-based learning in a dermatology course: A prospective randomized study from China **Medical Teacher** v.35 p.963–970; 2013 Disponível em: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/0142159X.2012.719651> Acesso em: 05/02/2014.

LUZ, M. T. **Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MAY M. ET AL A Survey to Assess Family Physicians' Motivation to Teach Undergraduates in Their Practices **PLOS ONE** [www.plosone.org](http://www.plosone.org) v.7; n. 9; e45846 Sept. 2012 Disponível em: <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0045846&representation=PDF> Acesso em 10/02/2014.

MARINS JJN. Os Cenários de Aprendizagem e o Processo do Cuidado em Saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: ABEM/HUCITEC; p.97-108, 2004.

MEC/INEP. **Cadastro das Instituições de Educação Superior**. [http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/busca\\_curso.stm](http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/busca_curso.stm) Acesso 10/10/2009.

MENDES RT et al. Aprendizado de Medicina nos Serviços de Atenção Primária e no Contato com a Comunidade. Simpósio Educação Médica: Ensino de Graduação. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**. USP. Ribeirão Preto. v..9, p. 420-428 out/dez, 1996.

MILAN L. P. B. ET AL Traditional learning and problem-based learning: self-perception of preparedness for internship **Rev. Assoc. Med. Bras**. v.58 n.5 São Paulo Sept./Oct. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ Ministério da Educação/ Organização Panamericana da Saúde. **PROMED** – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos



de Medicina. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2002. [Edital de Convocação]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - **PRÓ-SAÚDE**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília – DF, 2007, 86p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Educação Gabinete do Ministro - Portaria Interministerial Nº 421, de 03 de Março de 2010 institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde **PET-Saúde**. Diário Oficial da União nº 43, Brasília, 05 de Março de 2010. Seção 1, p. 52.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Portaria interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011- Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – **PROVAB**- Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087\\_01\\_09\\_2011.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html) Acessado em 10/04/2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Educação Permanente entra na Roda**: Polos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente** Portaria 1.996 de Agosto de 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm> Acesso em 02 de Fevereiro de 2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE **Blog da Saúde** Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/maismedicos> Acesso em: 10/03/2013

MIRANDA J. F. **A Estudo do Impacto da Adoção** da Estratégia da Saúde da Família no Internato Médico - Educação Médica. Rio de Janeiro: Papel Virtual Editora, 2004.

MONTEGUT A J., SCHIRMER J., CARTWRIGHT C., HOLT C., CHUC N. T. K., AN PHAM NHAT, CUMMINGS S. Creation of Postgraduate Training Programs for Family Medicine in Vietnam. **Family Medicine**,v.3, p. 634-638, 2007.

NASSIF, A C. N. **Brasil, lider mundial de....escolas médicas** 2006 Disponível em: [http://www.escolasmedicas.com.br/art\\_det.php?cod=17&busca=nassif](http://www.escolasmedicas.com.br/art_det.php?cod=17&busca=nassif) Acesso em: 10/06/2013

NOGUEIRA M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento **Rev. Bras. Educ. Med.** Rio de Janeiro v.33 n..2 p.262-270.2009.

NOGUEIRA M. I. **Retratos da Formação Médica** nos novos cenários de prática - São Paulo: Hucitec; 2012.

OLIVEIRA, N.A. **Ensino Médico no Brasil: Desafios e prioridades, no contexto do SUS** - um estudo a partir de seis estados brasileiros – Tese de Doutorado em Ensino de Biociências e Saúde. Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em:<http://www.abem-educmed.org.br/teses.php>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010: Disponível em: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2010/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2010/es/). Acesso em 29/05/2012.

PAIM J., TRAVASSOS C., ALMEIDA C., BAHIA L., MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**. Mai. 2011.: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> [accessed 2011 may 09].

PERES C.M. ET AL Aprendizado eletrônico na formação multiprofissional em saúde: avaliação inicial **Rev. Bras. Educ. Med.** v.36 n.1 supl.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2012.

PORTAL DA SAÚDE -PROVAB - **Programa de valorização do profissional** da Atenção Básica Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/entenda-o-programa-de-valorizacao-do-profissional-da-atencao-basica/> Acessado em 10/04/2012

PORTAL DA SAÚDE **Programa Mais Médicos** Raio X da saúde no Brasil Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil> Acesso em: 20/01/2014 (a)

PORTAL DA SAÚDE **Ministério discute com prefeitos** atração de médicos Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/medicos/noticias-medicos/5989-ministerio-discute-com-prefeitos-atracacao-de-medicos>Acesso em: 20/01/2014 (b)

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA - Casa Civil- Subchefia para assuntos jurídicos **Lei 12.871** de 22 de Outubro de 2013 Disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Out/23/lei\\_n12\\_871\\_221013.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Out/23/lei_n12_871_221013.pdf)

PRÓ-SAÚDE **Programa Nacional de Reorientação** da Formação Profissional em Saúde-. Brasília – DF, 2005, 80p. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22848](http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848). Acesso em 02 fev. 2008.

PROMED – **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares** nos Cursos de Medicina. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2002. [Edital de Convocação].

PROVAB 2013 **Noticias** Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=42692&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=42692&janela=1) Acesso em: 08/06/2013 (a)

PROVAB 2013 **Notícias** Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital\\_22\\_lista\\_supervisoras.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital_22_lista_supervisoras.pdf) Acesso em: 08/06/2013 (b)

PUSTAI OJ. **O Sistema de Saúde no Brasil**. In Duncan BB et al (Org.) Medicina ambulatorial. Condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2006.

REDE UNIDA. -Nossa história- Disponível em <<http://www.redeunida.org.br/rede-unida/nossa-historia>>. Acesso em 10/10/2013.

REGO S.T.A. **A formação ética do médico**: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.

RESOLUÇÃO 196/96. Conselho Nacional de Diretrizes e Saúde. **Normas regulamentadoras** das pesquisas envolvendo seres humanos. <http://www.ufrgs.br/bioética/res.19696.htm> Acessado em 07/02/2008

RIOS, Izabel Cristina. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.15, supl.1, p.1725-1732, Jun 2010.

RODRIGUES, C.D.S. **Competências para a preceptoría**: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Mestre Porto Alegre; s.n; 2012. 101 p.

RUIZ D. G. ET AL Internato regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reforma curricular **Rev. Bras. Educ. Med.** v.34 n.1 Rio de Janeiro jan./mar. 2010.

SÁNCHEZ-MENDIOLA M. ET AL Teaching of evidence-based medicine to medical students in Mexico: a randomized controlled trial **BMC Medical Education** v.12: n.107 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3511203/?tool=pubmed> Acesso em: 04/01/2014.

SCHEFFER M. Introdução in: CFM/CREMESP **Demografia Médica no Brasil** Volume 2 Cenários e indicadores de distribuição Relatório de Pesquisa – Fevereiro de 2013 Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil\\_vol2.pdf](http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil_vol2.pdf) Acesso em 08/06/2013.

SILVEIRA R. P. A Medicina de Família e Comunidade e o Ensino de Graduação em Medicina. Metodologias ativas de Ensino/Aprendizagem. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. Suplemento 01, p.21-25, 2006.

SOTOLONGO M.N.; MICHELENA R.; HORTA L.F.B. Competencias docentes del Médico de Familia en el desempeño de la tutoría en la carrera de Medicina **Educ. med. super**; v.19, n.1, ene.-mar. 2005.

STARFIELD B. **Atenção Primária**. Equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

SUPE A. ET AL Challenges and Issues in Medical Education in India **Academic Medicine**; v. 81, n. 12; December 2006.

TAZIO V. ET AL Avaliação econômica em saúde: aplicações em doenças infecciosas **Cad. Saúde Pública** v.25 n.12 Rio de Janeiro Dec. 2009.

TELEDUC Educação a distância Disponível em: <http://www.teleduc.org.br/> Acesso em 05/01/2014.

TOASSI ET AL Teaching at primary healthcare services within the Brazilian national health system (SUS) in Brazilian healthcare professionals' training **Interface** (Botucatu) v.17 n.45 Botucatu Apr./June 2013 Epub June 18, 2013.

TORALLES-PEREIRA M.L. ET AL Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas **Cadernos de Saúde Pública**. v.20, n.3, p.780-788, Rio de Janeiro, mai-jun, 2004.

TRAJMAN A; Assunção N; Venturi M; Tobias D; Toschi W; Brant V A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde **Rev. Bras. Educ**; v.33, n.1, p.24-32, jan.-mar. 2009.

VASCONCELOS E.M., FROTA L.H., SIMON E. **Perplexidade na Universidade** vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

UNIFESO - Centro Universitário Serra dos Órgãos– **Curso de Medicina** – Disponível em: [http://www.feso.br/graduacao/documentos/med/matriz\\_medicina.pdf](http://www.feso.br/graduacao/documentos/med/matriz_medicina.pdf) Acesso em 20/06/2013.

ZANOLLI M.B. Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem na Área Clínica. In: Marins JJN et al (Org). **Educação médica em transformação**, instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004.